

DE LA PRÉTENDUE IMMUNITÉ

CONFÉRÉE PAR LA

GUÉRISON D'UNE TUBERCULOSE LOCALE

POUR LA

PHTHISIE PULMONAIRE

« Multa renascentur quæ jam cecidere. »
(HORACE. — *Épître aux Pisons.*)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mercredi 20 Janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT PÉGURIER

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

(Médaille d'Argent, 1889)

Né à Avignon (Vaucluse), le 8 avril 1869



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

3, Rue Sainte-Catherine, 3

Janvier 1892

DE LA PRÉTENDUE IMMUNITÉ
CONFÉRÉE PAR LA
GUÉRISON D'UNE TUBERCULOSE LOCALE
POUR LA
PHTHISIE PULMONAIRE

« Multa renascentur quæ jam cecidere, »
(HORACE. — *Épître aux Pisons*.)

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mercredi 20 Janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT PÉGURIER

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

(Médaille d'Argent, 1889)

Né à Avignon (Vaucluse), le 8 avril 1869



LYON
IMPRIMERIE NOUVELLE

3, Rue Sainte-Catherine, 3

—
Janvier 1892

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		X.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		PONCET.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements POULLET, —
Botanique. BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR	MM. DIDELOT	MM. JABOULAY	MM. POLLOSSON	MM. SABATIER
BARD	X.	LANNOIS	POULLET	VIALLETON
BEAUVISAGE	GANGOLPHE	LINOSSIER	RODET	WEILL
CHANDELUX	X.	PERRET	ROQUE	

M. ETIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, président; M. PERRET, assesseur; MM. LANNOIS et WEILL, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE LYON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

INTRODUCTION

« Multa renascentur quos jam cecidere. »
(HORACE. — *Épître aux Pisons.*)

Dans le courant du mois de décembre 1890, il nous a été donné d'observer, dans le service de M. le professeur Lépine, un homme atteint de mal de Pott, dont le début était consécutif à la guérison d'un lupus tuberculeux de la face.

M. le professeur Lépine nous fit remarquer, à cette occasion, que ce cas venait à l'encontre de l'opinion émise il y a quelques années par M. Marfan (1), et il nous engagea à rechercher s'il est vrai que la guérison d'une tuberculose locale confère l'immunité pour la phthisie pulmonaire.

Marfan divise les maladies infectieuses en deux classes : les unes, telles que la variole et la syphilis, ne récidivent pas, donnent l'immunité par une première atteinte et ne sont pas réinoculables ou auto-inoculables ; les autres, comme la blennorrhagie, l'érysipèle, la diphtérie, sont sujettes à récidives, ne donnent pas l'immunité par une première atteinte, sont réinoculables ou auto-inoculables.

(1) Marfan. — Archives générales de Médec. 1886.

Marfan admet que la tuberculose rentre dans le premier groupe, et, choisissant parmi les manifestations locales de la tuberculose celles qui sont apparentes, faciles à reconnaître et qui guérissent d'ordinaire, particulièrement le lupus et les écrouelles, il avance que la guérison de ces lésions ne serait jamais suivie de tuberculose pulmonaire.

Ce sont des tuberculoses atténuées, il est vrai, mais, quelque légères qu'elles puissent paraître, elles empêcheraient, dit-il, par leur guérison, l'organisme de s'infecter à nouveau.

Nous avons divisé cette étude en trois parties :

La première partie comprend : un premier chapitre dans lequel nous exposons l'historique et les théories diverses sur les rapports des tuberculoses locales avec la phthisie ; et un second chapitre qui renferme les résultats des faits expérimentaux.

La seconde partie est consacrée toute entière à l'étude clinique ; le premier chapitre traite de l'évolution normale des tuberculoses locales et de la phthisie scrofuleuse précoce ; dans le second, nous étudions la phthisie tardive des tuberculeux locaux, et nous donnons des observations ; dans le troisième, nous cherchons à interpréter les faits cliniques.

La troisième partie est réservée aux déductions pronostiques et thérapeutiques, et aux conclusions.

Mais, avant d'entreprendre cette étude, nous tenons à présenter à nos premiers maîtres, de la Faculté de Montpellier, l'expression de notre profonde reconnaissance. Nos remerciements s'adressent particulièrement

à M. le professeur Kiener, qui a bien voulu mettre à notre disposition les ressources de son laboratoire d'anatomie pathologique ; à M. le professeur Granel qui nous a toujours prodigué ses encouragements et sa bienveillance ; à M. le professeur Forgues et à M. le professeur agrégé Estor, dont les bons conseils ne nous ont jamais fait défaut.

Qu'il nous soit permis de remercier de son obligeance, M. le docteur Cénas, de St-Etienne, qui a bien voulu nous communiquer l'observation d'une malade de sa clientèle.

Notre devoir est également d'exprimer toute notre gratitude à nos maîtres civils et militaires, de la Faculté, des hôpitaux et de l'Ecole de Lyon.

Nous voulons, enfin, présenter à M. le professeur Lépine, l'hommage de notre sincère reconnaissance pour nous avoir inspiré l'idée première de ce travail, et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE LA PRÉTENDUE IMMUNITÉ
CONFÉRÉE PAR LA
GUÉRISON D'UNE TUBERCULOSE LOCALE
POUR LA
PHTHISIE PULMONAIRE

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Historique. — Théories diverses.

L'idée que l'on se fait aujourd'hui des tuberculoses locales ne laisse aucun vague dans l'esprit, et correspond à un certain nombre de lésions à forme nettement décrite, à marche bien connue, à délimitation précise. Mais la détermination exacte des manifestations morbides qui sont le propre de la tuberculose, a suscité, pendant plus d'un siècle, une série d'études et de travaux d'une importance considérable.

La vérité a mis un long temps à se dégager de cette multitude d'écrits, car elle aboutissait, en fin de compte,

à sacrifier une diathèse admise cependant depuis que la médecine existe, la scrofule, au profit de sa parente, « de sa sœur » : la tuberculose.

Ce n'est pas, toutefois, que les rapports intimes qui unissent ces deux affections n'aient été aperçus et décrits avant ces dernières années. Déjà Morton (1), en 1689, voyait dans la scrofule une cause fréquente de tuberculose, et la phthisie scrofuleuse a, pour lui, la valeur d'un fait démontré : « Ce qui se produit dans les autres parties glanduleuses se passe aussi dans les poumons, qui sont remplis de glandes innombrables, plus apparentes, il est vrai, autour de la trachée et de ses divisions. Bien que ces glandes ne soient pas facilement visibles à l'état normal, il n'est pas étonnant que les scrofuleux, sujets à des engorgements ganglionnaires en d'autres points du corps, présentent aussi des tubercules de ce genre dans leur poumon. »

A cette époque, tout produit caséeux relève de la scrofule, et la tuberculose n'est vraiment découverte que grâce aux travaux de Baillie, qui, le premier, reconnaît le tubercule au milieu des lésions scrofuleuses. « Ce n'est, dit Virchow, que depuis que Baillie et Bayle (2) ont fixé l'attention sur ces petites nodosités du poumon ou tubercules miliaires que l'on a commencé à voir dans ces nodosités quelque chose de particulier. »

Avec Bayle et surtout avec Laënnec, le domaine des lésions tuberculeuses s'étend, la scrofule perd peu

(1) Morton. — *Phthisiologia*.

(2) Bayle. — *Recherches sur la phthisie pulmonaire*. Paris, 1810.

à peu du terrain. En réalité, c'est Bayle qui, comme dit Jaccoud, « substitua une diathèse tuberculeuse à la maladie scrofuleuse. »

Cependant, les Allemands ne peuvent admettre l'idée d'une phthisie unique de nature tuberculeuse; mais, alors que Meckel, en 1818, confond encore scrofule et tuberculose, Schœnlein (1839), devance Virchow, proclame la distinction des deux diathèses, partant la dualité de la phthisie.

Pour les auteurs anglais, et en particulier pour Alison, le tubercule est une lésion spéciale, mais la phthisie est une maladie scrofuleuse; et ce n'est que quelques années plus tard que l'on voit, en Angleterre, la « cachexie tuberculeuse » prendre la place de la « constitution strumeuse ». Cette opinion n'est, toutefois, adoptée qu'avec une certaine réserve, puisque Clark confond encore scrofule et tuberculose.

Pendant ce temps, les études anatomiques, aussi bien en France qu'en Allemagne, vont placer la question sur un autre terrain. Grâce au microscope, on arrive à établir nettement la constitution anatomique des lésions tuberculeuses, et l'on s'aperçoit que les manifestations scrofuleuses ont, pour la plupart, une structure identique.

Le lupus, qui caractérisait jadis la tare strumeuse depuis les travaux d'Alibert et surtout ceux de Bazin (1), est démontré tuberculeux par le mémoire que Friedlænder (2) fait paraître en 1871. Cependant on hésite,

(1) Bazin. — Leçons sur la scrofule.

(2) Friedlænder. — Des tuberculoses locales, 1871.

on ne veut pas en croire ses yeux, et il faut qu'une foule d'auteurs, dont Renaut, Chandelux et Larroque (1), viennent confirmer pleinement les résultats de Friedlænder.

L'Ecole du Val-de-Grâce reconnaît la nature tuberculeuse de l'adénite strumeuse. Les scrofuleux sont sujets aux inflammations osseuses, aux ostéites, aux arthrites; Kiener et Poulet montrent que ces lésions sont dues au tubercule. On trouve dans les gommes scrofuleuses, dans les fongosités des tumeurs blanches, des caractères histologiques identiques à ceux de la phthisie pulmonaire. « La cause du spina ventosa est la scrofule à tous les degrés », disait Goëtz, en 1877. Mais, quelques années plus tard, la nature tuberculeuse de l'affection est nettement établie par les observations de Parrot et les recherches de Lannelongue (2).

Brissaud n'hésite pas, désormais, à rattacher complètement la scrofule à la tuberculose.

La scrofule était à deux doigts de sa perte, si une réaction n'était venue à se produire. Mais voilà que les auteurs ne peuvent, de nouveau, plus s'entendre. Les uns voient dans la scrofule une simple manière d'être, presque un accessoire du tubercule; pour les autres, elle est une maladie indépendante, plus compréhensible même que la tuberculose.

L'école allemande, qui regarde encore la scrofule comme une entité morbide, admet que la pneumonie caséuse la caractérise dans le poumon. Indépendante

(1) V. Kaposi. — Maladies de la peau.

(2) Lannelongue. — Abscess froids et tuberculose osseuse. 1881.

du tubercule, pouvant même exister sans lui, la scrofule prédispose seulement l'organisme à le contracter.

L'école française montre, au contraire, que la pneumonie caséuse est bien tuberculeuse, que la phthisie est une. Grancher (1), trouvant constamment dans les produits scrofuleux le tubercule embryonnaire étudié déjà par Schüppel, Friedländer (2) et Kœster (3), lui donne le nom de *scrofulome*. Ce tubercule embryonnaire devenait adulte, pensait-on, de même que la tuberculose était, à ce moment, la phase adulte de la scrofule. Chez le scrofuleux, le processus tuberculeux n'aboutirait jamais à la constitution du tubercule adulte : « Au moment même où le tubercule adulte apparaît, la scrofule s'effacerait pour faire place à la tuberculose. »

On ne tarde pas, cependant, à reconnaître l'identité de structure du scrofulome et du tubercule ; mais Grancher demande à ce que « l'on conserve le mot de scrofule pour désigner les affections tuberculeuses les plus légères, ordinairement curables ».

Les histologistes sont d'accord ; mais la clinique refuse d'admettre les données du microscope. L'existence des deux diathèses est encore invoquée par les uns, alors que les autres n'en admettent plus qu'une, la scrofule, tandis que la tuberculose serait une maladie parasitaire : « La scrofule est le terrain, disait Rendu, le tubercule est la graine. »

La discussion aurait sans doute duré plus longtemps

(1) Grancher. — De l'unité de la phthisie.

(2) Friedländer. — Loc. cit.

(3) Kœster. — Centralb. f. med. Wissench, 1877.

si la découverte du bacille de la tuberculose n'était venue donner la solution du problème, et le critérium que réclamait Cornil nous a été fourni par Robert Koch.

Ce n'est plus, maintenant, la démonstration de l'identité de structure que les auteurs recherchent, c'est la présence du bacille tuberculeux dans les lésions scrofuleuses; elle est prouvée par Koch, Kanzler et Letulle.

La place laissée à la scrofule par ces nombreuses recherches est, certes, bien modeste. Toutes les affections scrofuleuses sont tuberculeuses. Les scrofulides bénignes, les affections superficielles des muqueuses, certains coryzas, les blépharites, les angines paraissent, cependant, échapper à cette identification, « peut-être, dit G. Sée (1), parce qu'elles ne se prêtent pas à un examen histologique ». Quinquaud (2) fait pourtant quelques réserves, mais reconnaît que ce petit groupe de symptômes ne suffit pas à constituer une maladie distincte.

Il n'existe donc, en réalité, qu'une seule affection, la tuberculose, résultat de la fusion des deux anciennes diathèses. Qu'elle limite ses attaques sur une partie du corps ou sur une autre, qu'elle s'en prenne aux os, aux articulations, à la peau, aux ganglions, ou qu'elle envahisse les poumons, la lésion anatomique est la même, le parasite qui la détermine n'est pas différent.

Et cependant, faut-il identifier d'une façon absolue

(1) G. Sée. — Phthisie bacillaire des poumons.

(2) Quinquaud. — Th. d'agrég., 1883.

les tuberculoses locales, dites scrofuleuses, telles que le lupus et les adénites suppurées, aux autres manifestations locales, celles des poumons ou des séreuses, par exemple ?

Les expériences de M. le professeur Arloing démontrent que cette assimilation ne doit pas être faite. Les microbes qui déterminent la scrofule sont encore plus éloignés de la virulence primitive que ceux qui engendrent les tuberculoses locales. Peut-être en sont-ils assez éloignés même pour constituer une variété fixe, « analogue à ces micro-organismes qui, après avoir vécu plusieurs générations sur une espèce animale, sont devenus incapables de tuer l'espèce qui les avait fournis et parmi laquelle ils faisaient de nombreuses victimes ».

Il y a donc des degrés dans la virulence du bacille tuberculeux, et les lésions locales scrofuleuses, de même que les affections chirurgicales, sont sous la dépendance de bacilles moins virulents que ceux qui déterminent la tuberculose des poumons et celle des séreuses.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que l'incurabilité soit le caractère propre de la phthisie pulmonaire. De même que l'affection scrofuleuse peut rester fixée dans une jointure et guérir, de même, dans certains cas, on peut voir le tubercule se localiser au sommet d'un poumon, y effectuer son évolution normale, et se terminer, parfois, par la guérison.

Une tuberculose locale peut, de la sorte, demeurer indépendante, poursuivre son développement sans

qu'aucun autre point de l'économie soit affecté d'une lésion analogue. Mais, souvent, à côté d'une manifestation locale, périphérique, par exemple, existent, du côté des poumons, des signes évidents d'une phthisie plus ou moins avancée. Il y a concomitance des deux manifestations morbides de la même affection.

D'autres fois, la tuberculose localisée évolue sans trouble pulmonaire manifeste ; mais, soudain, sous une influence quelconque, une généralisation rapide survient.

On voit, enfin, dans quelques cas, se produire des phénomènes dont l'interprétation peut être donnée de deux façons différentes ; ce sont les cas de tuberculose succédant à la guérison d'une lésion locale.

Un petit nombre d'auteurs, et à leur tête Marfan (1), les expliquent en admettant que la disparition de la manifestation locale n'est pas une preuve de sa guérison, que le malade n'en demeure pas moins sous le coup de la lésion primitive qui, pour une raison ou pour une autre, va soudain se généraliser. Du reste, ajoutent-ils, la guérison n'est jamais parfaite quand on voit survenir, par la suite, une nouvelle poussée tuberculeuse. Lorsque cette guérison est bien complète et surtout lorsqu'elle est ancienne, elle équivaut à une vaccination, c'est dire qu'elle confère l'immunité pour la phthisie pulmonaire.

Faut-il accepter cette manière de voir, ou devons-nous admettre, au contraire, qu'un tuberculeux bien guéri d'une première atteinte peut en subir une seconde,

(1) Marfan, loc. cit.

que cette guérison ne confère aucune immunité, en un mot, que la tuberculose est une maladie réinoculable; c'est ce que nous allons demander aux faits expérimentaux, et surtout à l'observation clinique.

CHAPITRE II

Faits expérimentaux.

L'honneur d'avoir démontré l'inoculabilité de la tuberculose revient à un médecin militaire français, M. Villemin, qui, dans une communication faite à l'Académie de médecine, le 5 décembre 1865, déclara que la tuberculose est une maladie virulente, infectieuse et inoculable. Ses expériences si nombreuses et si bien conduites suscitèrent quelques objections qui tombèrent vite devant les inoculations en série.

De tous côtés les faits s'accumulent et confirment les résultats de Villemin, et ce n'est plus seulement la voie sous-cutanée qu'utilisent les expérimentateurs : Chauveau rend trois génisses tuberculeuses en leur faisant ingérer des produits d'animaux tuberculeux, Tappeiner et Weichselbaum donnent la tuberculose à des chiens qu'ils soumettent aux inhalations de crachats desséchés de phthisiques. Krishaber et Dieulafoy, se rapprochant le plus possible de l'expérimentation sur l'homme inoculent de la matière tuberculeuse à des singes, et

sont frappés, à l'autopsie, de la violence du processus infectieux.

L'inoculation a même été pratiquée expérimentalement sur l'homme, et tous les auteurs rapportent le cas des trois médecins grecs Demet, Paraskeva et Zallonis de Syria, qui injectent des crachats de phthisique sous la peau d'un moribond, et qui trouvent, trois semaines après, quelques tubercules dans le poumon et dans le foie.

On a vu, même, cette inoculation se produire accidentellement chez l'homme : le tubercule anatomique n'est que le résultat d'une piqûre faite au cours d'une autopsie de phthisique. Bollinger, Verneuil, Tscherning, rapportent une foule d'observations ayant trait à des cas de ce genre.

Que se passe-t-il maintenant chez l'animal, une fois l'inoculation faite ? Après un laps de temps plus ou moins long de silence apparent, qui semble être une véritable incubation, la généralisation survient, d'autant plus complète et plus rapide que le nombre des bacilles inoculés sera plus grand que la résistance de l'animal sera moindre. C'est ce qu'il résulte des expériences de Colin, qui observe chez ses lapins inoculés une simple tuméfaction locale les premiers jours, l'état général étant excellent. Puis, brusquement, l'amaigrissement survient, la fièvre se montre, l'appétit se perd, et l'autopsie prouve l'étendue de la généralisation.

Chez l'homme, au contraire, la généralisation d'une tuberculose accidentellement inoculée s'observe rarement ; la résistance au germe tuberculeux semble être plus grande chez lui que chez les animaux qui servent d'ordinaire aux expériences.

De la démonstration de l'inoculabilité de la tuberculose à la recherche de sa vaccination, il n'y avait qu'un pas. Tout le monde savait, en effet, depuis les beaux travaux de Pasteur, que l'inoculation de produits rabiques atténués est le meilleur traitement préservatif des accès de rage; et, désormais, le but des expérimentateurs va être de trouver dans les produits tuberculeux atténués un remède contre la phthisie. Les résultats obtenus dès le début n'ont pas été très heureux; ils démontraient, au contraire, que, loin de préserver l'organisme contre une atteinte ultérieure, l'inoculation de produits tuberculeux n'arrête pas une infection secondaire, et que la réinoculation n'en acquiert, parfois, que plus de gravité.

Les premières recherches faites dans cette voie sont dues à Cornil et Babès (1) qui, en 1883, soumi rent dix lapins à l'inoculation de fragments de lupus et de fongosités articulaires ou d'abcès tuberculeux. Un autre animal avait été inoculé, un an auparavant, avec du pus d'abcès tuberculeux. Ces lapins reçoivent ensuite dans l'œil, dans le péritoine et sous la peau, des masses caséeuses fraîches, ayant toute leur virulence. En même temps, des opérations semblables sont pratiquées sur des animaux tout à fait sains. Au bout d'un mois, l'un des lapins qui avaient été soumis à l'inoculation préventive succombe; quelques temps après, un des animaux témoins, puis successivement tous les autres qui avaient été inoculés avec de la tuberculose locale périssent, de même que les animaux de contrôle, avec tous les signes de la tuberculose généralisée. La

(1) V. Hérard, Cornil et Hanot. — La phthisie pulmonaire.

conclusion que Cornil et Babès donnent de leurs expériences, est celle-ci : l'inoculation des produits de tuberculose locale ne préserve nullement l'organisme de la tuberculose généralisée.

Se rapprochant un peu plus des expériences de Pasteur, Falk (1) ne cherche plus l'atténuation naturelle de la virulence dans les produits d'une tuberculose locale ; il détermine lui-même cette atténuation, et la gradue à volonté, par la putréfaction plus ou moins prolongée de ces produits.

Des fragments de poumons tuberculeux ayant subi un début de putréfaction sont introduits dans la cavité abdominale de plusieurs cobayes. Les lésions sont invariablement les mêmes : on produit toujours ainsi des abcès caséeux des parois, alors que les organes profonds demeurent sains. Par des inoculations en série du pus de ces abcès, on se rend facilement compte que l'on n'a à faire ni à une inflammation simple, ni à une affection septique, mais à de la tuberculose. Quelques-uns des cobayes succombèrent sans généralisation ; les autres guérirent et leurs abcès s'infiltrèrent de sels calcaires.

Falk pratique alors une nouvelle inoculation sur ces animaux guéris ; mais, cette fois, avec des matières tuberculeuses fraîches, n'ayant été soumises à aucun genre d'atténuation. Dans tous les cas, l'inoculation préventive avait paru, non pas préserver l'animal, mais créer en lui un terrain plus favorable à l'évolution de la tuberculose.

(1) V. article phthisie du dict. de Dechambre.

Koch rapporte un cas qui ne fait que confirmer les expériences précédentes :

Il injecte, dans le péritoine d'un chien, un centimètre cube et demi de sérum sanguin contenant le produit d'une cinquième culture de bacilles. Ce chien reste malade pendant assez longtemps; une ascite considérable survient; l'animal maigrit. Il parvient, cependant, à se rétablir, et bientôt il retrouve complètement ses forces. Cinq mois après, Koch pratique sur le même animal une nouvelle injection de deux centimètres cubes de la même culture. Cette fois, l'animal meurt au bout de cinq semaines, et l'on trouve, à l'autopsie, des tubercules nombreux sur le péritoine, le mésentère et l'épiploon, dans la rate, dans les poumons et dans le foie. Koch conclut qu'une première inoculation tuberculeuse ne confère pas l'immunité pour une inoculation nouvelle.

Gosselin entreprend une série d'expériences dont le résultat est en parfaite harmonie avec les faits précités :

Un lapin est inoculé au niveau de l'articulation tibio-tarsienne avec un petit fragment de végétation tuberculeuse pris sur une femme atteinte d'arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne gauche; la nature de cette lésion avait été constatée par un examen préalable. Au vingtième jour, une tuberculose locale commence à se développer; le trentième jour, on fait à l'animal l'amputation de la cuisse. La convalescence est difficile, mais la guérison est complète au bout d'un mois et demi. L'animal, totalement rétabli, devient dès lors, un sujet ayant été tuberculeux. Un mois après, une inoculation est faite à nouveau, mais

maintenant dans le péritoine. La mort arrive le vingt-neuvième jour, et l'on constate toutes les lésions anatomiques de la tuberculose.

Si l'on répète plusieurs fois l'expérience, en variant le mode d'inoculation, le résultat est constamment le même et le développement des bacilles sur un terrain ainsi préparé se fait toujours d'une façon absolument normale. Aucun animal n'échappe à la mort ; souvent, même, la tuberculose s'étend avec une rapidité extrême.

Les expériences de Charrin (1) ne sont pas moins probantes :

Des cobayes sont rendus bacillaires par l'inoculation de produits manifestement tuberculeux. L'amaigrissement, la fièvre, le dépérissement surviennent, l'infection générale est constatée. Charrin pratique, alors, une nouvelle inoculation avec des produits pris sur des animaux tuberculeux. Or, dans presque toutes les expériences, les animaux ont pu être, de nouveau, inoculés avec succès. Des expériences de contrôle avaient permis de s'assurer auparavant « que l'apparition des bacilles dans les points secondairement inoculés n'était pas due à ce que les microorganismes circulant dans le sang de l'animal infecté venaient à se produire en ces points ».

Charrin ne s'attache pas uniquement à démontrer que la tuberculose est réinoculable à l'animal ; il prouve aussi que l'auto-infection est possible :

Si la seconde inoculation est faite, non plus avec des produits d'animaux tuberculeux étrangers, mais avec

(1) Charrin. — Rev. mens. de méd. 1885.

de la matière caséeuse recueillie sur le cobaye en expérience, les résultats sont identiques, l'animal devient tuberculeux une seconde fois.

Une objection a, cependant, été soulevée à propos du résultat obtenu dans les expériences précédentes : « On n'a fait que reproduire sur un animal une simple ulcération dans les parois de laquelle on retrouve le bacille de Koch. Mais dans certaines maladies infectieuses, l'inoculation du virus actif à des sujets doués d'immunité peut déterminer la formation d'un abcès parfois ulcéreux dont le pus et les parois recèlent des microorganismes très virulents. »

M. le professeur Arloing (1) répond à cette objection en démontrant qu'il est d'une facilité extrême de suivre, sur le cobaye, les effets positifs de l'inoculation et de la réinoculation. Il s'agit simplement de pratiquer la première à la face interne de la cuisse. Au bout d'un certain temps, on peut constater d'une façon très nette l'induration tuberculeuse des ganglions inguinaux. On pratique, alors, la seconde inoculation à la base de l'oreille; les ganglions préauriculaires se gonflent et l'on ne tarde pas à constater que l'organisme est en proie à une deuxième infection qui marche, en quelque sorte, à la rencontre de la première. « Comme démonstration de la récurrence de la tuberculose, cette expérience échappe à toute objection sérieuse. »

Depuis ces travaux, la question de la vaccination anti-tuberculeuse n'est pas demeurée stationnaire; nous la reprendrons plus loin et nous verrons alors les

(1) Arloing. — Compt. rend. acad. d. scienc. 1885.

espérances qu'elle donne. Ce qu'il importe maintenant de se demander, c'est de savoir si l'on est autorisé à conclure des résultats obtenus sur l'animal à ceux que l'expérimentation sur l'homme fournirait, si ce genre d'études n'était pas une œuvre condamnable. C'est pour ce motif même qu'une affirmation de cet ordre ne peut et ne pourra jamais être donnée d'une façon absolue.

On peut, toutefois, dans certaines circonstances, sinon expérimenter, tout au moins observer des phénomènes dont la nature a beaucoup d'analogie avec l'étude expérimentale. Ces cas nous permettront de passer ainsi par une transition naturelle sur le terrain clinique. Ils ont trait à ce que les auteurs ont appelé l'auto-inoculation spontanée et l'auto-inoculation traumatique.

C'est Lannelongue (1) qui a, le premier, signalé l'auto-inoculation spontanée à la suite de lésions tuberculeuses locales.

Un malade, atteint de spina ventosa des doigts, voit survenir, sans la moindre intervention, des abcès sur le dos de la main et de l'avant-bras. Il y a là une véritable infection locale. Ces tumeurs ont, en effet, apparu secondairement; de plus elles sont indépendantes au point de vue du siège; enfin, si l'on recherche quelle est leur nature, on la trouve identique à celle du produit primitif.

Il est à remarquer que ces exemples d'auto-inoculation spontanée sont surtout fréquents à la main, et qu'ils

(1) Lannelongue. — Loc. citat.

sont le plus souvent consécutifs à un spina ventosa. Cela se comprend aisément si l'on considère que la région de la main est une des plus riches en lymphatiques, et que, d'autre part, l'appareil lymphatique est la grande voie suivie par l'infection.

L'auto-inoculation traumatique réalise, mieux que la première, le mécanisme de l'inoculation expérimentale. Elle s'effectue de manières très diverses : elle peut, cependant, agir de trois façons principales : l'auto-inoculation peut se faire ; 1° sur place (1) ; 2° par formation de foyers secondaires ; 3° par infection générale (2).

Quelquefois, à la suite d'opérations plus ou moins complètes, après un raclage de foyers tuberculeux par exemple, on peut observer l'envahissement secondaire des parties voisines. L'opération paraît avoir donné un résultat immédiat excellent ; tout marche pour le mieux, et la guérison semble prochaine, quand on s'aperçoit que les points environnants de l'ancienne lésion perdent le caractère de tissu sain et deviennent tuberculeux à leur tour ; il y a eu auto-inoculation traumatique sur place.

D'autres fois, le chirurgien opère des tuberculoses locales ; comme dans le cas précédent, tout fait espérer une guérison rapide. Mais, à la suite de l'opération, il n'est pas rare de constater la formation de dépôts secondaires en divers points, plus ou moins éloignés du foyer primitif. Ce phénomène est connu sous le nom

(1). — Verneil — Communic. à l'assoc. fr. pour l'av. des scienc. Rouen 1883.

(2). — König de Gottingen — 13 Congr. chirurg. allemands.

d'auto-inoculation traumatique par foyers secondaires.

Dans d'autres circonstances, une opération, un traumatisme quelconque, détermine chez un tuberculeux une poussée aiguë plus ou moins généralisée. L'explication que l'on peut en donner est assez simple. Sans parler de la théorie du coup de fouet que donnerait l'opération au bacille tuberculeux, ce qui est un mot et non une explication, il paraît plus logique d'admettre que le traumatisme a été, dans un organisme malade, une nouvelle cause d'affaiblissement, de débilitation, et que l'agent pathogène n'attend que cette occasion pour se répandre et multiplier ses effets sur un grand nombre de points à la fois.

L'analogie n'est-elle pas frappante, non seulement avec les résultats, mais avec la manière d'agir des expériences de Falk, de Koch, de Charrin, de Gosselin ?

Des deux côtés c'est un organisme déjà tuberculeux qui se voit soumis à une nouvelle cause d'infection. Chez l'animal, c'est une inoculation nouvelle de produits caséeux qui détermine la généralisation tuberculeuse ; chez l'homme, cette généralisation est provoquée par le traumatisme. Chez le premier, la résistance au virus reste la même, la puissance virulente augmente ; chez le second, c'est le contraire : la puissance virulente n'est pas modifiée, mais c'est la résistance qui diminue. Le tuberculeux que l'on affaiblit par une cause quelle qu'elle soit est, de tous points, comparable à l'animal bacillaire que l'on réinocule, ou mieux, que l'on auto-inocule ; car, il est clair que l'on arrive au même but, que l'on augmente la puissance du virus ou que l'on diminue la résistance individuelle.

On peut, cependant, prévoir l'objection suivante : pourquoi, alors que chez l'animal en expérience la généralisation est la règle, n'en est-il pas ainsi chez l'homme, et n'observe-t-on pas, très souvent, des cas d'infection généralisée à la suite d'une opération ?

La réponse est bien simple : parce que l'inoculation tuberculeuse a peu de tendance naturelle à se généraliser chez l'homme. Nous avons vu, en effet, que les animaux supportent fort mal une inoculation de matières tuberculeuses fraîches, et, qu'après une période d'incubation qui dure plus ou moins longtemps, la généralisation se produit. Les inoculations tuberculeuses accidentelles que l'on a pu observer sur l'homme ont été fort peu souvent suivies d'infection généralisée et les exemples de tubercules anatomiques qui n'ont pas déterminé d'autres lésions ne sont, certes, pas rares.

Il n'est donc pas étonnant que l'auto-inoculation traumatique par infection générale ne soit pas d'une fréquence extrême dans l'espèce humaine. On comprend également que l'auto-inoculation par formations de foyers secondaires, qui est relativement rare chez l'animal parce que ce dernier voit presque toujours se généraliser ses lésions, puisse s'observer, au contraire, chez l'homme : la puissance virulente restant la même, la résistance diminue, moins cependant que dans le cas d'infection générale. Quant à l'auto-inoculation sur place, elle correspond à une diminution moindre encore de la résistance organique, et le bacille ne peut produire ses nouveaux effets que sur le point qui offre le minimum de résistance, c'est-à-dire sur l'ancienne partie malade.

Ces faits nous amènent directement à la conclusion suivante : les résultats des expériences pratiquées sur les animaux sont comparables à ceux que l'expérimentation sur l'homme pourrait nous donner. La seule différence importante dont nous devons tenir compte réside toute dans ce fait que la généralisation est beaucoup plus fréquente chez l'animal.

Or, l'étude expérimentale démontre que l'inoculation préventive de produits tuberculeux atténués ne confère aucune immunité, que l'animal est parfaitement réinoculable et auto-inoculable, que la généralisation survient aussi complètement et aussi rapidement que chez les animaux témoins; bien plus, que parfois cette infection générale semble avoir été aggravée par le fait même de l'inoculation préventive.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE CLINIQUE

CHAPITRE I.

Evolution normale des tuberculoses localisées (écrouelles, lupus). — Phthisie scrofuleuse précoce.

Bien peu de maladies nous offrent autant de manifestations diverses, de lésions multiples, que la tuberculose. Il n'est pas, certainement, un organe qui ne soit susceptible de demeurer indemne de toute trace de cette affection. Cependant la tuberculose a ses appareils de préférence, et ses localisations se cantonnent souvent dans certains points de l'économie, qui sont pris, alors, à peu près simultanément et qui donnent au malade un aspect extérieur spécial, un caractère propre. Cet ensemble de lésions, si souvent réunies, a été décrit de tous temps sous le nom de maladie scrofuleuse.

Un grand nombre d'auteurs se sont attachés à dépeindre l'habitus des scrofuleux : « Ces malades ont la peau blanche, fine, satinée et rosée; ils ont, souvent, un peu d'embonpoint, des formes arrondies et un certain air de fraîcheur. La mâchoire inférieure est plus large et comme carrée; les ailes du nez et les lèvres sont volumineuses, comme gonflées; les pommettes sont saillantes, les articulations sont plus grosses, la taille est petite et très élancée; la tête est, comparativement, plus volumineuse. Ces individus sont sujets, dès leur-enfance, aux coryzas, aux angines, aux ophthalmies, aux écoulements d'oreilles, à la diarrhée, à des éruptions pustuleuses et vésiculeuses, surtout sur la face, le cuir chevelu et derrière les oreilles; ils ont une faible énergie musculaire, ils sont nonchalants, ils résistent mal à la fatigue; les organes digestifs et génitaux n'ont pas une grande activité; les derniers sont ordinairement retardés dans leur développement. Chez les femmes, la menstruation s'établit plus tard que de coutume, elles avortent avec une extrême facilité (1). » Ce n'est pas à dire que les individus qui présentent tous les caractères de la prédisposition scrofuleuse soient, pour cela, fatalement tuberculeux; ce n'est pas à dire, non plus, que la scrofule ne puisse se montrer chez des personnes qui ne présentent aucun signe de la tare strumeuse.

Les engorgements ganglionnaires sont, assurément, les manifestations les plus vulgaires de la tuberculose locale; ils siègent surtout dans les parties latérales du

(1) Grisolle. — Traité de Path. int.

cou, et forment, au début, de petites tumeurs ovalaires, indolentes, mobiles, qui se réunissent ensuite en masses énormes, et aboutissent, le plus souvent, à la suppuration. La peau s'amincit alors, s'ulcère, et l'on voit s'écouler un pus séreux, mêlé à des grumeaux de matière caséeuse. L'ouverture se ferme, puis s'ouvre alternativement, plusieurs fois. Enfin, la cicatrisation survient, plus ou moins complète; mais il reste souvent une fistule imperceptible qui livre passage encore pendant longtemps à quelques gouttes de pus. La forme de la cicatrice est caractéristique; celle-ci est irrégulière, indélébile, bleuâtre; sa surface présente des saillies et des dépressions.

Le lupus est, au contraire, une forme beaucoup moins fréquente de la tuberculose locale. Il s'annonce par une rougeur livide, avec épaissement circonscrit de l'épiderme, puis de la peau tout entière; il est formé, ensuite, par une série de tubercules rapprochés et agglomérés, plus ou moins saillants, atteignant une profondeur variable, et pénétrant même dans le tissu cellulaire sous-cutané. La cicatrice du lupus ressemble assez à celle d'une brûlure; elle est blanchâtre, ridée, dure et noueuse, saillante sur un fond de peau rougeâtre.

Les tuberculoses locales peuvent se développer à tous les âges : « On voit, dit Guersant (1), des enfants d'un an à peine porter les caractères extérieurs de la scrofule; on trouve quelques exemples de cette maladie

(1) Guersant. — Dict. de Médec.

après cinquante ans.» C'est, cependant, entre cinq et quinze ans que les manifestations strumeuses s'observent de préférence ; elles se développent et évoluent pendant ce temps, avec des périodes d'exacerbation et de répit, jusqu'à l'époque de la puberté. A ce moment, une transformation s'opère ; la scrofule perd de sa vigueur, ses manifestations tendent à s'éteindre : « La puberté châtre le virus. » (Bordeu) (1). Mais si la tuberculose disparaît, la tuberculisation pulmonaire s'effectue, au contraire, à cet âge.

Quoiqu'en dise Coulon (2), qui n'a trouvé que trois phthisiques sur cent trente enfants atteints de scrofule osseuse, quoiqu'en dise Marfan (3), la tuberculose pulmonaire est fréquente, au contraire, chez les strumeux.

Quinquaud (4) compte 1 scrofuleux sur 2, 4 tuberculeux et, d'une manière plus précise, chez les hommes, 1 sur 3 ; chez les femmes, 1 sur 1,7 ; et les observations de faits de ce genre sont loin d'être rares. « La tuberculose, dit Brissaud (5), est certainement une des terminaisons les plus communes de la scrofule ; c'est même la grande fréquence de cette complication ultime qui peut, à la rigueur, justifier la dénomination de *dialhèse secondaire*, que certains auteurs ont appliquée à la tuberculose. »

Ce qui induit souvent en erreur, c'est l'absence de

(1) Bordeu. — Œuvres complètes, 1818.

(2) Coulon. — Th. Inaug. 1861.

(3) Marfan, loc. cit.

(4) Quinquaud, loc. cit.

(5) Brissaud, art. *Scrofule* (*Dict. de Jaccoud*).

symptômes, qui est le caractère propre de la phthisie scrofuleuse; c'est surtout l'absence de réactions de la part du malade : « Il arrive souvent, dit J. Franck, que les poumons sont profondément attaqués, sans que l'ombre du péril paraisse au dehors. » Aussi les scrofuleux ne sont pas, le moins du monde, incommodés par leurs lésions pulmonaires; ils entrent à l'hôpital pour un lupus ou une adénite et ne songent même pas à se faire ausculter.

On reconnaît, en général, à la phthisie scrofuleuse, une bénignité relative, une lenteur manifeste dans la marche. Les hémoptysies sont l'exception; la douleur est nulle, la dyspnée peu intense, l'amaigrissement peu prononcé; la fièvre, les sueurs, quand elles existent, sont peu accentuées, à moins que les malades ne commettent des écarts de régime, ne s'exposent au froid; dans ce cas, la terminaison brusque peut survenir. « Il faut noter, dit Kortum (1), que les tubercules scrofuleux s'enflamment et suppurent difficilement. »

Alors même que la maladie est arrivée à la période ultime, l'économie peut ne pas s'en ressentir outre mesure : « Souvent avec une lésion locale considérable, avec des excavations tuberculeuses dans les poumons, coïncide un état général peu alarmant. On est tout étonné de trouver chez certains sujets des cavernes souvent énormes, avec une certaine apparence de santé. C'est à peine s'il y a de la fièvre, même le soir; l'amaigrissement est peu prononcé. Bien plus, dans un degré avancé de la phthisie scrofuleuse, il existe sou-

(1) Kortum. — *Commentario de vitio scrofuloso.*

vent une apparence d'embonpoint; la face est pleine, quelquefois, il est vrai, plutôt bouffie, et les joues colorées d'une rougeur circonscrite (Milcent) (1). »

Comme les foyers ganglionnaires périphériques, qui peuvent s'éteindre et se rallumer plusieurs fois de suite sous une influence quelconque, les foyers pulmonaires subissent aussi une série de rémissions et de recrudescences nouvelles. Plus que toute autre, la phthisie, chez les scrofuleux, procède par poussées successives, séparées souvent par une longue période d'accalmie.

Ces caractères un peu particuliers de la marche de la phthisie scrofuleuse, caractères qui avaient été vus et décrits par un assez grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il importe de citer Bazin (2), ont cependant été niés, à tort nous semble-t-il, par certains autres.

Hérard et Cornil (3) disent: « Les caractères assignés à cette forme de phthisie sont loin d'avoir la valeur que les auteurs se sont plu à leur accorder. » Ils reconnaissent, cependant, que la forme lente est plus constante; toutefois, ils citent des faits dans lesquels la phthisie scrofuleuse s'est révélée d'une gravité excessive. Mais ces observations se rapportent à des cas de phthisie tardive, qui n'a ni l'origine, ni l'allure, ni la bénignité de la phthisie précoce des strumeux.

C'est au moment de la puberté que la phthisie scrofuleuse se déclare d'ordinaire. Souvent, les manifestations locales s'atténuent, les suppurations semblent se

(1) Milcent. — Thèse 1846.

(2) Bazin, loc. cit.

(3) Hérard et Cornil, loc. cit.

tarir, alors que le poumon s'infiltré de tubercules. La succession des deux phénomènes est un fait presque constant : Le malade a eu, dans sa première enfance des scrofulides bénignes, des otorrhées d'une intensité variable, des coryzas plus ou moins tenaces. Plus tard, les adénopathies surviennent et présentent un certain développement. Or, vers l'âge de 12 à 15 ans, tout disparaît et s'éteint progressivement en même temps que, d'une façon insidieuse, s'installe la phthisie pulmonaire qui, se développant petit à petit, entraînera, en terme ultime, la mort du malade, s'il n'est auparavant emporté par quelque complication inflammatoire ou d'un autre ordre : « Le malade a commencé son existence en scrofuleux, il la termine en phthisique (1). »

Il résulte de ce fait que la tuberculisation pulmonaire est assez rare dans l'enfance, qui est, au contraire, l'âge de prédilection pour les accidents scrofuleux. C'est là ce qui explique les divergences qui existent entre les résultats de Quinquaud, dont la statistique porte, en grande partie, sur les adultes, et ceux de la statistique de Coulon, qui observait plus particulièrement des enfants.

(1) Quinquaud, loc. cit.

CHAPITRE II

Phthisie tardive des tuberculeux locaux. - Observations.

Malgré la fréquence extrême de la phthisie pulmonaire survenant dans le cours des manifestations strumeuses, il faut reconnaître que la scrofule peut parfaitement disparaître sans laisser de traces du côté des poumons.

Si le traitement a été bien dirigé, s'il a duré longtemps, le scrofuleux peut guérir absolument et n'éprouver jamais, par la suite, une nouvelle atteinte de tuberculose. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Celui qui a fait preuve, un jour, de réceptivité vis-à-vis du bacille de la tuberculose, est peut-être plus qu'un autre prédisposé à fournir une seconde fois un terrain favorable à l'évolution de l'agent pathogène.

Quelquefois c'est une lésion mal éteinte qui se réveille sous l'influence d'un traumatisme, par exemple : une tumeur blanche qui renaît à la suite d'une chute sur le genou, alors que la guérison paraissait complète.

Dans d'autres cas, la lésion est bien guérie; mais, au moment de sa disparition, on voit se développer sur un autre point une manifestation de même ordre. Paget (1)

(1) Paget. — Leç. de cl. chirurg. Trad. de Petit, 1877.

disait, en 1877 : « Les sujets scrofuleux paraissent, si je puis ainsi dire, être rendus plus scrofuleux par l'amputation d'un membre ou d'une articulation malade; c'est là, sans doute, l'explication de quelques-uns des cas qui ont fait naître l'opinion, souvent soutenue, que la cessation d'une manifestation scrofuleuse en provoque ou en aggrave une autre dans un point différent. »

D'autres fois encore, le siège de la lésion restant le même, sa forme seule, a changé; c'est ainsi qu'il n'est pas rare « d'observer l'apparition de taches et de nodosités lupeuses autour d'ulcérations strumeuses déjà cicatrisées. » Neumann (1).

Mais nous touchons ici à des faits qui confinent à la réinoculation tuberculeuse, c'est-à-dire qui ne sont pas admis par tous, et qui demandent, par conséquent, à être appuyés de preuves :

Quand une tuberculose locale est bien guérie, et depuis longtemps, la réinoculation du bacille tuberculeux peut, cependant, s'effectuer, et une seconde atteinte se produire. On voit, par exemple, un mal de Pott succéder à la guérison d'un lupus, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le professeur Lépine)

Pierre C..., 42 ans, journalier, né à Tarare. — Entré le 15 octobre 1890 à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; salle Ste-Elisabeth; service de M. le professeur Lépine.

(1) Neumann. — Maladies de la peau. Trad. Darin.

Les parents du malade sont morts à un âge avancé, le père à 75 ans, la mère à 70 d'une affection du genou, qui dura un mois. Une sœur bien portante ; un frère mort en bas âge.

Bonne santé habituelle, jamais d'affection vénérienne ; le malade a été traité, à Paris, il y a vingt ans pour une fistule lacrymale gauche.

Il y a dix ans, le malade entra à l'Antiquaille, dans le service de M. le professeur Gailleton, pour un lupus qui lui dévora la plus grande partie du nez ; l'affection guérit cependant, au bout d'un an, à la suite d'un érysipèle.

Le malade se fit placer, dans la suite, une pièce artificielle ; mais il dut quitter sa profession d'employé de magasin de confection. Depuis, il a vendu des journaux, fait des commissions, occupations qui ne lui rapportaient qu'un maigre salaire et l'exposaient souvent au froid et à l'humidité. D'où nourriture défectueuse, surmenage, et quelques légers excès alcooliques.

Le malade est marié depuis l'âge de 29 ans ; il n'a jamais eu d'enfants.

Il y a six semaines, le membre supérieur droit devint plus faible que le gauche ; cette faiblesse s'établit insidieusement en même temps que le malade éprouvait quelques crampes et quelques fourmillements du même côté. On constate, en outre, toujours à droite, une atrophie marquée et une diminution de la force musculaire. Pas de trouble de la sensibilité, mais exagération des réflexes.

Le bras gauche présente aussi un peu de faiblesse.

Rien de particulier à signaler du côté des organes thoraciques et abdominaux. Pas de troubles vésico-rectaux, sinon un léger degré de constipation ; les urines n'ont pas d'albumine.

Le 5 décembre. — La faiblesse gagne les membres inférieurs. Le malade ressent des douleurs à la partie supérieure de la colonne dorsale. Anesthésie du membre supérieur droit.

Le 6 décembre. — Constipation opiniâtre et rétention d'urine.

Le 8 décembre. — La rétention d'urine a persisté hier toute la journée ; le malade ne peut pas se tenir debout ; les jambes sont parésiées.

Le 27 décembre. — On est frappé de voir qu'il s'est produit une courbure considérable de la colonne vertébrale à l'union des régions dorsale et cervicale. Le malade ne peut relever la tête. qui pend sur sa poitrine.

Le 30 décembre. — Les membres inférieurs sont complètement paralysés ; la sensibilité est totalement abolie dans toute la région inférieure depuis le mamelon. Le pouls est irrégulier et accéléré ; il bat 160 pulsations à la minute. La respiration a diminué d'amplitude ; la respiration diaphragmatique persiste. Les mouvements de la tête sont conservés ; ils ne sont pas douloureux.

Peu à peu l'affaiblissement progresse et le malade finit par succomber.

Autopsie. — On trouve, à la partie inférieure de la région cervicale, un abcès provenant des apophyses transverses du côté gauche ; ces apophyses sont cariées.

La moelle est comprimée par un énorme exsudat siégeant à la surface extérieure de la dure-mère.

Le cœur est très petit ; les poumons, congestionnés, ne présentent pas de tubercules.

En résumé, tuberculose osseuse des apophyses transverses cervicales, consécutive à la guérison ancienne d'un lupus.

Si la guérison de la seconde atteinte vient à s'effectuer, le malade sera-t-il indemne, à coup sûr, d'une nouvelle localisation tuberculeuse ? Pas le moins du monde, et Bernard (1), rapporte dans sa thèse l'obser-

(1) Bernard. — Thèse, Paris 1875.

vation suivante qui montre clairement qu'une troisième inoculation est parfaitement possible.

OBSERVATION II

(Thèse de Bernard)

Charles G..., 8 ans ; soigné dès son bas âge à l'hôpital, présente, il y a quatre ans, des ulcérations au niveau du calcanéum, dont on constate la carie par le stylet. Au bout de quelque temps d'un traitement infructueux par la liqueur de Vallate, on fait l'évidement de l'os et on applique le cautère actuel dans la plaie. Amélioration rapide et cicatrisation complète ; mais, deux ans après, apparition de tumeurs blanches dans les articulations tibio-tarsienne et tarso-tarsiennes. Les douleurs sont très vives ; des fistules s'établissent et l'enfant dépérit. On pratique l'amputation de la jambe au lieu d'élection, pour tomber autant que possible sur des surfaces osseuses saines. La guérison est assez prompte, et l'enfant sort dans de bonnes conditions de santé. Mais voilà qu'au bout de deux ans, l'enfant revient avec des ganglions cervicaux suppurés et une tumeur blanche du coude.

Ainsi, voilà un enfant qui guérit une première fois d'une ostéite tuberculeuse du calcanéum. Or, deux ans après, l'articulation tibio-tarsienne s'enflamme à son tour. On peut dire, sans doute, que l'évidement du calcanéum et la cautérisation profonde n'ont pas suffi à détruire, dans le foyer primitif, toutes les parties malades. Le fait est possible. Mais il faut remarquer que les nouveaux symptômes se seraient produits seulement deux ans après, et il est difficile d'admettre qu'un foyer tuberculeux en pleine activité soit resté silencieux pendant un temps aussi long. Quoiqu'il en soit, la troi-

sième atteinte n'est assurément pas une récurrence de la première lésion, puisque ce sont les ganglions cervicaux qui s'enflamment, le coude qui se tuméfie, alors que les parties primitivement affectées ont été éliminées par une opération, et qu'on ne signale aucune trace d'inflammation dans le moignon.

OBSERVATION III.

(Leonte. -- Congrès de Chirurgie, 1889).

Nicolas V.... — Adénite cervicale tuberculeuse. — Extirpation. — Guérison.

Dix mois après, il rentre pour une tuberculose radio-carpienne.

OBSERVATION IV.

(Houzel. — Congrès de Chirurgie, 1889):

Fanny M..., 24 ans, cuisinière. — Strabisme depuis l'âge de 12 ans. — Mal réglée. — Otorrhée dans l'enfance.

Adénite tuberculeuse de la grosseur d'un œuf de poule, dans l'aîne gauche, opérée en août 1886. La tumeur a été enlevée par dissection jusqu'à dénudation des vaisseaux. Drain, suture, réunion par première intention; cicatrice linéaire.

En avril 1888, coxalgie à droite. — Abscess énorme. — Refuse toute intervention et meurt en janvier 1889.

À gauche, la guérison s'était maintenue.

Les deux cas précédents nous offrent également des exemples non douteux d'une réinoculation. La seconde atteinte n'est certainement pas sous la dépendance de la première, car la guérison, qui a été complète, est

déjà d'une date assez éloignée. Mais voici une observation qui montre un intervalle, plus grand encore, de santé excellente, entre deux manifestations tuberculeuses différentes :

OBSERVATION V.

(Thèse de Potin, Paris 1879).

L....., Amédée, 15 ans et demi. Pas d'antécédents connus. — Le malade entre, à Berck, le 17 avril 1873. Traces d'eczéma sur la figure; croûtes noirâtres à l'orifice des fosses nasales; écoulement nasal sanieux et nauséabond. Le nez est très hypertrophié; la lèvre supérieure grossit rapidement, et son bord libre dépasse bientôt de vingt-cinq millimètres celui de la lèvre inférieure.

Pendant ce temps, une énorme masse ganglionnaire s'était montrée dans la région cervico-maxillaire gauche; on la traverse par des sétons filiformes.

Fin mars 1874, après un traitement approprié, le malade quitte Berck complètement guéri; les ganglions se sont résolus; le nez et la lèvre supérieure ont repris leur volume normal sans avoir subi aucune déformation.

Cinq ans après, en avril 1878, à la suite d'un accident, des manifestations plus graves se produisent chez ce malade: tumeur blanche tibio-tarsienne; ostéopériostite des deux tibias, scrofulide de la joue.

L'état général est assez bon.

Il est certains cas où les lésions succèdent aux guérisons de lésions précédentes avec une violence et une ténacité excessives. Qu'il me soit permis de citer, à ce propos, l'observation apportée par Iscovesco, au congrès de Chirurgie de 1889 :

OBSERVATION VI.

(Iscovesco — Congrès de Chirurgie, 1889).

J'ai vu, à Berck, une fille de 17 ans, qui avait subi un nombre incalculable d'opérations successives pour une série de tuberculoses locales. Elle avait le bras droit amputé, plusieurs doigts de la main gauche amputés, une résection de l'épaule gauche, deux ou trois évidements de tuberculose osseuse aux jambes, et quelques orteils amputés.

Une tuberculose locale guérie ne confère donc, cliniquement, aucune espèce d'immunité pour une autre tuberculose locale. Confère-t-elle l'immunité pour la phthisie pulmonaire? Pas davantage.

Les autopsies en fournissent souvent une démonstration formelle. Que de fois il arrive que chez un individu tué par une poussée de granulations miliaires pulmonaire ou diffuse, on trouve dans les ganglions lymphatiques, dans les séreuses même, d'anciens foyers inflammatoires arrivés à la période de cicatrisation complète! « Les reliquats caséux de scrofule guérie sont une cause efficace de tuberculose ultérieure » dit Jaccoud.

L'observation clinique montre également la vérité de cette assertion.

Il n'est pas de chirurgien qui n'ait vu se produire la tuberculisation pulmonaire, alors qu'une opération radicale avait été pratiquée depuis un nombre d'années assez respectable pour qu'il ne soit permis de garder quelque doute sur la guérison définitive et ancienne de la première atteinte tuberculeuse.

Billroth (1) écrit, à ce sujet, les réflexions suivantes :

« Depuis le temps où je revois, dans le canton de Zurich, les individus heureusement opérés autrefois pour carie, soit par la résection, soit par l'amputation, je m'aperçois, malheureusement, qu'un grand nombre de ceux qui, après des années de souffrances, avaient quitté l'hôpital en parfaite santé, y reviennent pour ne plus le quitter au bout d'un an ou deux, avec une carie d'autres os ou une tuberculose pulmonaire. »

Que ce soit l'effet d'un climat malsain, d'un milieu insalubre, du froid humide, de mauvaises conditions hygiéniques, en un mot, il n'en est pas moins vrai que la réinoculation de la tuberculose est possible, que le tuberculeux local d'autrefois peut devenir le phthisique de demain. Les observations qui suivent en sont, nous semble-t-il, une preuve évidente.

OBSERVATION VII

(Thèse de Cornil.)

Lésions scrofuleuses des os; guérison; plus tard, tuberculose pulmonaire; albuminurie.

B... (Jules), 29 ans, blond, tempérament lymphatique, entré le 4 février 1864 dans le service de M. le professeur Pidoux. Cicatrices nombreuses et adhérentes au voisinage des articulations tibio-tarsiennes, du coude et du poignet du côté gauche.

Depuis trois mois, toux quinteuse, crachats mêlés de filets de sang; peu de temps après, œdème des membres inférieurs

(1) Billroth. — *Path. gén. Chir.*, 1868.

et infiltration de toute la peau. Il n'a jamais eu de douleurs lombaires, ni d'hématurie. A son entrée à l'hôpital, le visage est bouffi, d'une pâleur mate ; urines de couleur jaune clair, fortement albumineuses.

Toux peu fréquente ; crachats muqueux ; à l'auscultation râles sous-crépitants dans les deux poumons. Le malade succombe le 17 février à une érysipèle qui a envahi la peau œdématisée des bourses et des cuisses.

A l'autopsie, on trouve des tubercules dans le poumon et une dégénérescence amyloïde dans le rein.

La guérison des lésions premières est, ici, bien certaine ; elle n'a pas mis obstacle, par la suite, à une poussée de tubercules du côté des poumons. Le seul point qui reste dans l'ombre, c'est la date de la guérison ; nous savons seulement que celle-ci est antérieure à l'affection pulmonaire.

OBSERVATION VIII (résumée)

(Thèse de Renouard, Paris 1884.)

Lupus érythémateux de la face chez un strumeux ; état typhoïde, mort ; — tuberculose miliaire des poumons.

C.,. (Eusèbe), 15 ans, Début du lupus à 12 ans.

Antécédents héréditaires incertains. Dans sa première enfance : Diarrhées assez fréquentes, gourmes, ophtalmies, Polyadénite cervicale.

A huit ans, coxalgie droite qui aurait duré plusieurs mois et s'est terminée par ankylose. En outre, à part une rougeole, à dix ans, il n'aurait rien eu de bien appréciable, ni du côté des bronches, ni du côté des intestins.

A 12 ans, lupus érythémateux sur tout le nez. La santé du jeune malade était aussi parfaite que possible quand il fut

pris, subitement, de symptômes fébriles et adynamiques ; diarrhée, pas de toux ; quelques crachats muco-purulents.

Submatité aux deux sommets ; râles sous-crépitants fins en arrière et aux bases ; râles sibilants disséminés.

Mort huit jours après son entrée, sans réaction.

Autopsie. — Ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale droite, le fémur faisant un angle de 90° avec l'axe du corps.

Ganglions cervicaux hypertrophiés ; le plus gros ne dépasse pas le volume d'une noisette ; pas de point ramolli.

Poumons : tubercules miliaires prédominant aux sommets, surtout à droite ; congestion hypostatique. Quelques adhérences récentes au sommet droit ; pas de liquide pleural.

Deux ganglions mésentériques hypertrophiés.

Intestin : un ou deux follicules indurés ; pas d'ulcérations.

Il y avait donc quatre ans que la coxalgie était guérie quand les premiers symptômes de phthisie pulmonaire apparurent. Le lupus érythémateux qui s'est développé en même temps ou un peu avant la tuberculose pulmonaire, est également sous la dépendance de la seconde inoculation : il résulte, comme la phthisie, d'une nouvelle infection de l'organisme.

OBSERVATION IX

(Thèse de Renouard.)

Dans les premiers jours de novembre, il est venu à la consultation de l'hôpital Ténon, un jeune garçon de 14 à 15 ans, atteint de tuberculose péritonéale et pulmonaire, dont le début avait suivi la guérison d'un lupus tuberculeux du centre de la joue, traité par les scarifications linéaires dans le service de M. Vidal.

La cicatrice, très-belle, mesurait environ les dimensions d'une pièce d'un franc.

Cet enfant avait de longs cils et une chevelure de la couleur du blond vénitien le plus accentué.

Malgré les instantes recommandations faites auprès de la mère dans le but de revoir le petit malade plus en détail et d'en prendre l'observation, on ne l'a plus revu.

La cicatrisation du lupus est encore ici bien opérée ; nous ignorons, malheureusement, depuis quel temps. Quoiqu'il en soit, la phthisie est consécutive à cette cicatrisation.

OBSERVATION X

(Leonte... loc. cit.)

Bogoslov (N.), 28 ans.

Fistule anale tuberculeuse ; incision, raclage, guérison en 1888.

En septembre 1889, il n'avait aucune lésion tuberculeuse extérieure, mais les deux poumons étaient infiltrés.

Malgré la nature de l'affection première, la guérison ne fait pas de doute, et cependant, deux ans après, les deux poumons sont pris.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Cénas, de Saint-Etienne, l'observation suivante, qui est d'autant plus probante qu'on ne peut songer à incriminer ici une intervention chirurgicale :

OBSERVATION XI (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Cénas, de Saint-Etienne.)

Fongosités tuberculeuses des gaines tendineuses du dos de la main gauche; guérison par résolution; ultérieurement, tuberculose pulmonaire.

M^{lle} X..., âgée de 20 ans. — Pas de tuberculose dans la famille. Tempérament lymphatique; pas d'adénites strumeuses, pas d'ostéites. Bonne santé antérieure, sauf un peu d'anémie survenue au moment de l'établissement de la menstruation. Habite la campagne, dans de bonnes conditions de confort.

Depuis six mois environ, elle présente une tuméfaction du dos de la main gauche; tuméfaction qui s'est développée progressivement et paraît, maintenant, stationnaire. En 1888, cette tumeur a le volume total d'un œuf de poule; elle n'est pas adhérente à la peau, qui est normale; elle est molle, faussement fluctuante, étalée sur le dos de la main et formée de nodules agglomérés du volume moyen d'un petit pois. Elle est située immédiatement au-dessous de la peau et adhère intimement aux gaines tendineuses. Les mouvements des tendons sont normaux; pas de synovite tendineuse. Il n'y a jamais eu de symptômes inflammatoires, jamais de suppuration. Les os du carpe et du métacarpe paraissent intacts.

La santé générale est satisfaisante; il n'existe aucun signe anormal du côté des poumons.

Je conseillai une opération à laquelle la malade se refusa formellement. Comme traitement, elle prit du vin iodé, des granules de Dioscoride et fit des onctions de pommade iodo-iodurée.

La tumeur diminua peu à peu. Au bout de huit mois environ, elle avait totalement disparu.

Six mois après sa disparition, il survint une petite toux sèche qui s'accrut peu à peu ; bientôt la toux s'accompagna , le matin , au réveil , d'expectoration muco-purulente.

En 1890, on ne constate aucune trace de l'ancienne tumeur fongueuse du dos de la main ; elle a guéri sans intervention chirurgicale, sans suppuration.

A l'auscultation du thorax, on trouve dans la fosse sus-épineuse gauche un léger souffle expiratoire, des craquements humides inspiratoires, un peu de bronchophonie et de pectoriloquie aphone. Pas de symptômes généraux autres que des irrégularités de la menstruation et de la leucorrhée.

En octobre 1891 : matité au niveau des deux fosses sus-épineuses ; submatité dans les fosses sous-épineuses et dans les fosses sus-claviculaires ; diminution des vibrations. Souffle cavernuleux aux deux temps dans les deux fosses sus-épineuses ; craquements secs, à l'inspiration, dans le tiers supérieur, en arrière, des deux côtés. Bronchophonie et pectoriloquie aphone. Toux pénible, expectoration purulente.

Amaigrissement, suppression à peu près complète des règles ; pas de fièvre ; pas de sueurs nocturnes, pas de troubles digestifs.

Une manifestation tuberculeuse locale peut bien disparaître d'une façon complète et pour toujours. Il arrive assurément que le malade qui en a été le porteur recouvre, pour tout le reste de sa vie, un état de santé des plus satisfaisants, sans qu'il soit incommodé par une nouvelle atteinte de tuberculose. Mais il se peut aussi que les poumons, qui ont résisté jusque-là à l'agent pathogène qui infectait l'organisme, soient le siège, plus tard, d'une nouvelle poussée tuberculeuse. La guérison d'une tuberculose locale ne confère donc pas, cliniquement, l'immunité pour la phthisie pulmonaire.

Devons-nous, maintenant, assimiler la phthisie pulmonaire qui survient tardivement chez les tuberculeux locaux, en qualité de seconde atteinte, à la phthisie précoce qui se montre chez les scrofuleux, alors que les lésions strumeuses sont en pleine évolution?

Ce serait là une grande erreur. Nous devons distinguer, au contraire, chez les tuberculeux locaux, deux sortes de phthisie : la phthisie précoce et la phthisie tardive. La première est caractérisée par la lenteur de son allure, la faible accentuation de ses symptômes, sa bénignité relative. Mais la seconde revêt, d'ordinaire, plus de gravité; elle anéantit les malades par la violence de ses signes; elle marche rapidement et aboutit souvent à la mort. C'est, du moins, ce qui nous paraît résulter des observations suivantes :

OBSERVATION XII.

Nicati (1), diagnostique une tuberculose de la cornée au milieu d'une bonne santé apparente. La cornée guérit; mais quelques mois plus tard, la jeune fille mourut d'une phthisie galopante.

OBSERVATION XIII.

(Thèse de Quinquaud).

Une jeune fille entra dans le service de Besnier, en mars 1879, pour un énorme lupus de la face.

De 15 à 18 ans, malgré de très belles apparences de santé,

(1) Cité par Wojtasiewicz. — Th. de Paris, 1886.

la menstruation ne s'établit pas et il se développa un lupus tuberculo-ulcéreux suraigu de la face et de la cavité buccale.

En 1879, guérison rapide (relativement à la nature et à l'étendue du mal bien entendu) du lupus.

En 1880-81, apparition d'adénopathies cervicales terminées sans suppuration. Altération de la santé.

En 1881-82, accidents pulmonaires réitérés sous forme de pneumonies localisées, et mort par phthisie pulmonaire.

Nous voyons, dans ce dernier cas, la phthisie pulmonaire survenir un an et demi après la guérison complète du lupus; comme dans l'observation précédente, elle amène la mort avec une rapidité extrême.

OBSERVATION XIV.

(Lebert. — Traité des maladies scrofuleuses).

Ecouelles et ophthalmies de 6 à 15 ans. — Lésions osseuses et tuberculisation pulmonaire à 35 ans.

Femme de 37 ans, blanchisseuse, a un tempérament scrofuleux. Porte, sous la mâchoire, des cicatrices, traces d'abcès ganglionnaires dont elle a été affectée dans son enfance. Elle était également sujette à des ophthalmies, avait souvent des angines. Tous ces accidents disparurent à quinze ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Elle menait une vie pénible et a eu neuf enfants, le dernier il y a deux mois. Elle se portait encore bien lors de son avant-dernier accouchement, il y a deux ans, lorsque, il y a dix-huit mois, elle eut une sciatique qui disparut dans l'espace d'un mois.

Peu de temps après, arthrite radio-carpienne du côté droit.

Il y a onze mois, elle devint enceinte; au cinquième mois de sa grossesse, gonflement du genou droit; les autres articulations se prennent ensuite, et elle entre à l'hôpital.

Amaigrissement sensible dont le début remonte, dit la malade, à dix-huit mois. Gonflements articulaires de la main, du poignet et du genou droits.

A l'auscultation, on ne constate rien de morbide en avant; mais en arrière, au sommet gauche, on entend quelques craquements après la toux.

Deux mois après son entrée à l'hôpital, la fièvre se manifeste, le dévoïement survient, la toux augmente et la malade succombe.

Autopsie. — On constate sur le trajet du muscle sterno mastoïdien gauche, des cicatrices très anciennes, blanches, froncées, ridées, un peu enfoncées, de forme irrégulière, de trois ou quatre centimètres de longueur sur un ou deux de largeur, et l'on trouve sur toute la région antérieure du cou, des ganglions tuberculeux.

Poumon gauche : adhérent dans toute son étendue; il est friable, non crépitant, tombe au fond de l'eau et ne montre que très peu de portion de tissu d'apparence saine. Dans la partie inférieure de ce poumon, on trouve des tubercules jaunes, caséeux par places, l'infiltration tuberculeuse et quelques petites cavernes capables de loger une aveline.

Poumon droit : adhère principalement en bas; au sommet, il renferme une caverne anfractueuse pouvant loger un œuf de dinde et séparée de la plèvre costale seulement par une couche de deux ou trois millimètres d'épaisseur, d'un tissu gris rosé induré. Cette caverne est couverte, intérieurement, d'une fausse membrane et remplie d'un mucus puriforme. Le lobe inférieur montre également un certain nombre de lobules infiltrés de tubercules et de mélanose.

C'est seulement une vingtaine d'années après la guérison d'adénites suppurées de nature tuberculeuse, que la phthisie s'est montrée. Elle n'est pas précocce, certes, dans le cas présent, et il n'est pas permis de soutenir qu'elle résulte de la première infection de l'organisme. C'est bien une phthisie tardive avec toute sa gravité.

OBSERVATION XV.

(Clinique de Verneuil. — Thèse de Verchère, Paris, 1884).

Une jeune femme, de bonne apparence, entre dans mon service pour une fistule anale, il y a deux ans. Elle y est restée plusieurs mois; la guérison n'a pas été rapide, mais elle fut complète. La malade garde toutes les apparences de la santé et ne semblait nullement prédisposée aux accidents qui l'amènent de nouveau à l'hôpital.

Récemment, le 1^{er} janvier, elle reçut une mauvaise nouvelle dont elle fut profondément touchée. Depuis cette époque, elle a changé considérablement. L'amaigrissement survint rapidement; la mine s'altéra, elle pâlit; des syncopes fréquentes surviennent; perte complète d'appétit. Il y a quinze jours, hémoptysie.

A l'auscultation, légère diminution du bruit respiratoire du côté gauche; enfin, nous défiant du diagnostic, étant donné le peu d'intensité des phénomènes stéthoscopiques, nous recherchâmes un signe préconisé par M. le professeur Peter: Nous comparâmes la température locale des sommets de la poitrine, et il fut trouvé une différence d'un degré entre le sommet droit et le sommet gauche.

Nous pouvons, dès lors, affirmer la tuberculose.

Ici, ajoute M. Verneuil, nous voyons un exemple des plus nets d'un abcès osseux précédant de deux ans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire. L'abcès était évidemment tuberculeux: la lenteur de la cicatrisation de la fistule en est une preuve manifeste.

Les signes physiques sont peu marqués, mais les signes fonctionnels décèlent une certaine gravité, si l'on considère que la nouvelle infection est de date récente.

OBSERVATION XVI.

(Regnard — *Progrès Médical*)

Au commencement d'octobre 1873, on m'appelait pour un enfant de six ans, atteint du carreau, me disait la mère, et traité comme tel depuis environ un an.

Cet enfant, fort amaigri, portait au cou des cicatrices caractéristiques, et deux ganglions suppuraient encore. Le ventre était énorme et avait grossi depuis deux mois. Il y avait, actuellement, de la fièvre tous les soirs; l'appétit était nul et la faiblesse extrême.

Il y avait une ascite évidente; mais, existait-il, en outre, comme cause première, un engorgement simple ou une dégénérescence tuberculeuse des ganglions du mésentère? Il était difficile de le dire, quoique la dernière hypothèse parût plus probable. En tout cas, il fallait recourir au plus pressé et ponctionner l'ascite. C'est ce que je proposai, et on accepta.

L'opération fut faite avec l'aspirateur, et il s'écoula 1,500 grammes de liquide environ.

Contre l'état général : huile de foie de morue, iodure de potassium, phosphate de chaux.

A mon grand étonnement, je dois l'avouer, l'état de ce petit malade se modifia d'une façon très rapide et véritablement surprenante, si bien que six mois après, sans avoir fait autre chose, je me trouvais en présence d'un enfant méconnaissable, frais, fort, ayant un ventre normal, plus de suppuration ganglionnaire, en un mot, parfaitement guéri.

Pendant plus de trois ans je n'avais pas entendu parler de cet enfant, lorsqu'en 1877 on me le ramena presque aussi cachectisé qu'à la première visite; mais, cette fois, c'étaient les poumons qui étaient pris.

Depuis plusieurs mois déjà, cet enfant toussait sans qu'on y attachât d'importance et c'était son amaigrissement seul qui avait fini par attirer l'attention des parents.

Il y avait, cependant, au sommet droit, des craquements manifestes, et à gauche une respiration caverneuse. Avec cela, une expectoration modérée; mais, tous les soirs, un mouvement fébrile.

Malheureusement, on ne peut, dans ce cas, donner une affirmation positive sur la guérison de la première atteinte. Rien ne nous dit que l'affection profonde que nous ne voyons pas est totalement résolue; on en a, cependant, de fortes présomptions, à cause de l'état florissant de santé dans lequel s'est trouvé le jeune malade pendant trois ans et demi. Dans tous les cas, la forme de la phthisie est grave; l'état cachectique est assez prononcé.

OBSERVATION XVII

(E. Besnier, cité par Quinquaud.)

Lupus tuberculeux chez un homme de 36 ans. — Guérison rapide par le nitrate de plomb et le bromure de Potassium. — Pleurésie. — Gommès scrofuleuses épipériostiques. — Phthisie pulmonaire. — Mort.

D..., facteur des postes, a été traité, à l'hôpital Saint-Louis, en 1860, par Bazin, pour un abcès ganglionnaire rétro-auriculaire suppuré (teinture d'iode, huile de foie de morue, etc.)

Autour de la cicatrice, développement d'une plaque qui évolue pendant quinze ans; elle occupait, en 1875, au moment où ce malade entra dans mon service, à Saint-Louis, les régions rétro-auriculaire et parotidienne et présentait les caractères typiques du lupus de Willan.

Traité, par moi, par les cautérisations au nitrate de plomb et au bromure de potassium appliquées sur la surface malade,

préalablement vésiquée (procédé très douloureux, mais extrêmement satisfaisant au point de vue de la rapidité et de la solidité du résultat), la guérison fut belle et rapide. Le malade était de bonne santé apparente, sans trace de tuberculose pulmonaire, et il put reprendre son dur métier de facteur et le continuer jusqu'en 1878. Il était alors âgé de 40 ans.

Lorsqu'il vint me voir, au commencement de 1878, il m'apprit qu'il venait d'avoir une pleurésie et l'auscultation montra les signes d'une phthisie pulmonaire avancée.

Il présente, en même temps, deux vastes gommes scrofulo-tuberculeuses à marche aiguë, l'une au-devant du sternum, l'autre au-devant du tibia, et il succombe, en 1878, à la phthisie pulmonaire.

La cicatrice du lupus était restée très belle ; à peine quelques petits foyers à la périphérie de la cicatrice.

Donc, guérison du lupus en 1875 ; mort du malade par phthisie pulmonaire en 1878.

Voici, enfin, une observation, que M. le docteur Clément a bien voulu nous permettre de recueillir dans son service, et qui montre bien la gravité des signes fonctionnels de la phthisie tardive des tuberculeux locaux, si l'on prend en considération l'époque récente du début de la maladie :

OBSERVATION XVIII (personnelle et inédite)

(prise dans le service de M. le docteur Clément.)

D... (Jean-Baptiste), 40 ans, exerce la profession de vannier. Entré le 24 novembre 1891 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Jeanne, service de M. le docteur Clément.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort de rétention d'urine à un âge assez avancé. Sa mère, qui était

sujette aux douleurs rhumatismales et toussait souvent, est morte de dysenterie. Il a quatre frères et quatre sœurs, tous en bonne santé, sauf une de ses sœurs qui souffre souvent de maux de tête.

Antécédents personnels. — Le malade a joui dans son enfance d'une santé excellente; pas d'antécédents rhumatismaux, ni alcooliques, ni syphilitique.

A l'âge de 17 ans, étant monté sur un arbre pour couper du bois, il fit une chute de six mètres de hauteur et tomba sur les talons, ce qui détermina une entorse tibio-tarsienne du côté gauche. Au bout de quelques jours, le gonflement du coup-de-pied disparut complètement ainsi que la douleur. Le malade put reprendre, alors, sa profession de cultivateur. Mais, il commença bientôt à ressentir une douleur sourde dans le genou gauche; de la tuméfaction apparut, surtout marquée lorsque le malade travaillait, et disparaissant en partie par le repos.

Malgré la gêne qu'il éprouvait, le malade continua son travail pendant trois ans et demi, le gonflement s'accroissant insensiblement.

A cette époque, il va consulter un médecin, sur les conseils duquel il fait, sur son genou, plusieurs applications successives de mouches et de vésicatoires, ce qui l'obligea à un repos au lit pendant une quinzaine de jours. Cependant l'état s'améliorant un peu, le travail fut de nouveau possible durant toute une année, malgré des interruptions à intervalles variables, nécessitées par des recrudescences de la douleur.

Vers l'âge de vingt-trois ans, la marche était devenue très-pénible, la moindre fatigue était douloureuse; le malade se vit obligé de suspendre toute occupation, et il entra à l'Hôtel-Dieu, Salle Saint-Sacerdos.

Le genou était alors le siège d'une tuméfaction énorme; sa coloration était normale; sa surface ne présentait aucune fistule; mais, la pression en un ou plusieurs points occasionnait une douleur intense. La jambe du côté malade ne pré-

sentait pas, à ce moment, une atrophie bien sensible.

Il est fait au malade six raies de feu superficielles d'une longueur de quinze centimètres environ, sur la face antérieure du genou gauche; on applique ensuite une couche d'ouate et un bandage roulé. Au bout de trois mois le malade a pu se lever et après avoir passé quarante-deux jours à Aix-les-Bains, il a recommencé à travailler. Les mouvements de flexion et d'extension de la jambe étaient en partie conservés.

Mais, deux ans après, une chute sur le genou fait réparaître la douleur, la tuméfaction, et nécessite un retour à l'Hôtel-Dieu, Salle Saint-Louis. On met au malade une genouillère en peau de chien, et on le renvoie chez lui.

Peu à peu, les mouvements de l'articulation tibio-fémorale étant fort limités par l'appareil du malade, l'ankylose survint, en bonne position, la jambe étendue sur la cuisse. Cette ankylose fut complète dans l'espace de cinq ans. En même temps, la tuméfaction et la douleur disparurent d'une façon absolue.

Le malade était alors âgé de trente ans. Son état général était excellent; pas de toux, pas d'expectoration, pas de sueurs nocturnes, pas de fièvre, pas de dyspnée; l'appétit est conservé.

Il y a six ans, c'est-à-dire quatre ans après l'ankylose complète du genou, le malade tomba de voiture; il vit quelques temps après apparaître sur sa colonne vertébrale une petite saillie anguleuse, formée par l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale. Cette saillie, douloureuse au début, s'accrut pendant une année environ, puis devint stationnaire en même temps qu'indolore.

De cette époque à l'année dernière, rien d'anormal ne se produit dans l'état de notre malade.

Mais, au mois de juin dernier, à la suite d'un refroidissement, le malade ressent dans toute la partie antérieure du thorax, une sensation de vive cuisson. Trois jours de repos au lit et l'application d'un vésicatoire sur la partie gauche

de la région dorsale soulagent beaucoup le malade. La guérison semble être presque effectuée, quand une violente céphalalgie survient brusquement, accompagnée d'un profond malaise et d'une dyspnée assez intense. Un médecin appelé aussitôt diagnostique un épanchement et fait appliquer cinq vésicatoires. Le malade se remet assez bien, semble-t-il, mais il conserve une petite toux sèche; il expectore quelques crachats muqueux; il se sent un peu faible et maigrit.

Etat actuel. — Nous examinons le malade le 11 décembre 1891. Son teint est pâle; l'amaigrissement est assez prononcé; la débilitation n'est cependant pas encore très-marquée. Ce dont le malade se plaint surtout, c'est de l'oppression et de la fatigue excessive que lui occasionnent ses crises de toux.

C'est, en effet, une toux quinteuse, très tenace, qui survient par crises fréquentes et prolongées, et qui aboutit à l'expectoration de crachats muco-purulents d'une abondance extrême.

De ces crachats, les uns sont franchement nummulaires, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ou de un franc, d'autres sont déchiquetés sur les bords. Ils sont, parfois, expulsés sous forme de vomiques, particulièrement la nuit, et ont amené, quelquefois, de véritables accès de suffocation.

Le malade ressent, en outre, une douleur vague, déterminée par la pression d'un point placé sous le mamelon gauche, et quelques douleurs en ceinture, peu marquées. L'appétit est diminué; le malade accuse des sueurs nocturnes assez accentuées, et une dyspnée marquée au moindre mouvement. Les phrases que le malade prononce sont brèves, entrecoupées par de nombreuses inspirations; l'essoufflement est considérable. Jamais d'hémoptysie, pas de fièvre.

Examen du membre inférieur gauche. — La jambe gauche est ankylosée en extension complète sur la cuisse; elle pré-

sente, comparée au membre sain, un léger degré d'atrophie. La surface cutanée du genou a une coloration normale ; mais, sa face antérieure offre les cicatrices des six raies de feu qui ont été faites il y a dix-sept ans. Il n'y a pas trace de tuméfaction. La douleur à la pression est nulle.

Examen de la région dorsale. — La colonne vertébrale offre une saillie notable au niveau de la huitième vertèbre dorsale ; cette saillie est indolore à la pression locale, mais la douleur est éveillée quand on appuie fortement sur les épaules.

Examen du thorax. — En avant, la percussion donne une sonorité normale à droite, et de la submatité sous la clavicule gauche. La palpation permet de constater, en ce point, une augmentation très appréciable des vibrations thoraciques. L'auscultation dénote, toujours au même endroit, l'abolition complète du murmure vésiculaire ; on ne perçoit pas de râles, mais on entend parfaitement des craquements secs dans l'aisselle gauche, surtout quand on a fait tousser le malade.

En arrière, matité absolue dans toute l'étendue du poumon gauche ; abolition totale du murmure vésiculaire, pas de râles. Respiration complémentaire à droite.

Cœur. — Souffle au premier temps à la pointe ; double souffle à l'orifice aortique. Battements lents, quelques irrégularités passagères.

L'affection du genou est évidemment, dans le cas présent, une tumeur blanche. La lenteur de la marche, sa longue durée, son indolence spontanée, ne laissent aucun doute sur le diagnostic. D'autre part, le malade nie tout accident rhumatismal ou vénérien. L'arthrite s'est, de plus, développée spontanément, puisqu'elle est survenue à la suite d'une chute sur les talons, et que le genou n'a pas porté sur le sol. La guérison une fois effectuée par ankylose, le malade ne présente plus

aucun signe de lésion tuberculeuse pendant un long espace de six ans. Mais voilà qu'au bout de ce temps une réinoculation se produit, et le traumatisme détermine une nouvelle localisation tuberculeuse dans la colonne vertébrale. Le mal de Pott était-il guéri quand la phthisie s'est montrée, au mois d'août dernier, cela importe peu. Ce qui est indiscutable, c'est que la phthisie pulmonaire est survenue dix ans après la guérison complète de la tumeur blanche.

De plus, les signes fonctionnels ont déjà acquis une importance assez considérable, si l'on se rappelle que les premiers symptômes de phthisie ont apparu il y a quatre mois à peine.

Cette observation nous révèle encore un autre point, c'est l'époque à laquelle on voit se produire la réinoculation tuberculeuse.

Il est, en effet, assez remarquable d'observer que, alors que la phthisie précoce se montre principalement au moment de la puberté, la phthisie tardive apparaît, de préférence, à l'époque de l'âge critique, quand la ménopause s'établit, chez la femme, à un âge correspondant chez l'homme.

C'est là un point qu'il importe de mettre en lumière ; il semble, en effet, qu'il y ait, au moment où l'enfant devient adulte et où l'adulte devient vieillard, le concours d'un certain nombre de circonstances telles que l'individu est plus prédisposé à faire du tubercule, à s'inoculer ou à se réinoculer.

Le malade de M. Peter en est un exemple :

OBSERVATION XIX.

(*Gazette des Hôpitaux*, 1887).

Service de M. Peter.

Le malade couché au n° 23 de la salle des hommes du service de la clinique, est un homme âgé de 56 ans. Cet homme a été scrofuleux dans son enfance ; il a eu des engorgements ganglionnaires abcédés dont on retrouve encore les traces sur plusieurs parties du corps, et particulièrement à la région cervicale.

Il a guéri de ces manifestations strumeuses de son premier âge. Il n'en est pas moins resté scrofuleux.

Il est arrivé, chez lui, ce qui arrive chez la plupart des scrofuleux ; toutes les premières manifestations morbides ont disparu, et sa constitution s'est fortifiée à l'âge de la puberté. Il a continué à bénéficier de cette guérison apparente pendant une partie de son âge adulte.

Mais, à l'approche du déclin, dès qu'il a franchi la cinquantaine, sous la double influence de l'âge et des conditions sociales misérables dans lesquelles il a vécu, une nouvelle manifestation strumeuse d'un caractère beaucoup plus sérieux s'est produite. Il lui est survenu, il y a deux ou trois ans un lupus érythémateux atrophique du nez : rougeur, amincissement et atrophie du derme ; destruction partielle par érosion de la muqueuse nasale.

Le malade est, en outre, atteint depuis quelque temps d'artério-sclérose généralisée et de néphrite interstitielle.

Pourquoi se fait-il qu'un individu demeure ainsi indemne de toute manifestation strumeuse pendant près de cinquante ans, puis, que brusquement, la réinoculation se fasse à un âge avancé ? L'explication nous paraît difficile à donner, le fait nous a cependant paru intéressant à signaler.

OBSERVATION XX

(Thèse de Finot.)

L... (Pierre), 50 ans. — Entré à l'hospice Bicêtre, salle Saint-André.

Tumeur blanche du pied dans la première enfance. — Amputation.

Ankylose du poignet gauche avec atrophie des muscles de l'avant-bras.

Depuis 10 jours, malaise, anorexie.

Aux poumons : diminution de la sonorité à la partie inférieure du thorax ; vibrations thoraciques persistantes. — Respiration soufflante mêlée de râles fins à l'inspiration et après la toux. — Un peu de bronchophonie.

A l'autopsie : adhérences pleurales légères, faciles à rompre, de production récente. Elles existent des deux côtés, mais surtout aux sommets. Des plaques pseudo-membraneuses descendent jusqu'à la partie moyenne. Les deux lobes inférieurs sont noirs, congestionnés. Les poumons sont distendus, noirâtres et crépitants ; et, plongés dans l'eau, ils surnagent.

La surface du poumon est semée de granulations grises très nombreuses, du volume d'un grain de millet. Les coupes montrent un véritable semis de granulations innombrables, analogues à celles de la surface. Pas de granulations apparentes sur la plèvre pariétale.

C'est encore, ici, vers la même époque que la phthisie pulmonaire s'est établie, après une guérison de tuberculose locale, datant de 30 à 40 ans. Elle se présente encore, dans ce cas, avec une gravité exceptionnelle.

Il nous paraît inutile d'insister plus longuement sur la possibilité d'une seconde atteinte tuberculeuse, survenant après la guérison d'une manifestation première.

Si l'on ajoute aux observations cliniques les arguments qui découlent de l'étude des faits expérimentaux, on peut, à ce qu'il nous paraît, du moins, affirmer d'une façon absolue, que la guérison d'une tuberculose locale ne confère pas l'immunité pour la phthisie pulmonaire.

L'étude des faits cliniques nous apprend ensuite que la phthisie tardive des tuberculeux locaux, c'est-à-dire celle qui peut survenir après la guérison des lésions premières, diffère par la marche rapide, la malignité des symptômes, la terminaison souvent fatale et enfin l'époque d'apparition, de la phthisie scrofuleuse précoce qui se montre pendant que les lésions locales sont en pleine évolution, et dont tous les auteurs se sont attachés à décrire la lenteur d'allure et la bénignité relative des symptômes.

CHAPITRE III

Essai d'interprétation des faits cliniques.

Si l'on se met à la recherche d'observations cliniques se rapportant à des cas bien nets de phthisie pulmonaire survenant après la guérison d'une tuberculose locale, on ne tarde pas à remarquer que ces cas de

phthisie tardive ne sont pas d'une fréquence extrême.

Cela tient, d'abord, à ce que la plupart des observations de tuberculeux sont muettes ou, tout au moins incomplètes sur les antécédents personnels des individus ; il est bien dit, quelquefois, que le malade a eu des manifestations scrofuleuses dans son enfance, mais on indique pas si ces affections ont guéri, depuis quel temps la guérison s'est effectuée, et à quelle époque le malade a commencé à tousser.

En second lieu, quand la lésion locale a disparu depuis de longues années, si le malade vient à présenter les symptômes de la phthisie pulmonaire, il est bien rare qu'il se confie toujours au même médecin, et l'observation de la première atteinte demeure forcément incomplète. C'est ce que nous disait, il y a quelques semaines à peine, M. le docteur Aubert, chirurgien major de l'Antiquaille : « Nos lupeux guéris vont souvent mourir phthisiques à l'Hôtel-Dieu ; nous n'avons que la première partie de leur observation, l'Hôtel-Dieu en a la seconde. »

Ce qui explique, surtout, la rareté relative de cas analogues, c'est que le tuberculeux local devient, le plus souvent, phthisique dans le cours même de ses lésions premières.

C'est à la puberté que la tuberculose pulmonaire se développe ; c'est aussi à la puberté que les manifestations scrofuleuses s'éteignent. Mais, on voit souvent un intervalle de temps plus ou moins long pendant lequel les deux ordres de lésions marchent de concert, de telle sorte que la tuberculose locale n'est pas guérie quand la phthisie se déclare.

Enfin, il n'est pas dit que tous les tuberculeux locaux guéris soient fatalement voués à mourir, un jour, de tuberculose pulmonaire, et, alors même que la généralité de ces malades échapperait à la réinoculation, cela ne signifierait, en aucune façon, que la réinoculation ne puisse se faire, que quelques guérisons ne soient suivies de récédive, que l'immunité soit, de ce fait, créée.

Nous devons, maintenant, nous demander à quoi tiennent les différences si profondes dans la marche, le pronostic, la terminaison des phthisies scrofuleuses précoce et tardive.

Si la phthisie précoce évolue avec une bénignité exceptionnelle, si ses symptômes sont peu alarmants, c'est qu'elle est sous la dépendance de bacilles moins virulents que la tuberculose pulmonaire vulgaire. Elle n'est qu'une généralisation aux poumons d'une tuberculose locale, c'est-à-dire d'une tuberculose atténuée ; rien d'étonnant à ce que ses symptômes et son allure reçoivent le contre-coup de cette atténuation. Elle est bénigne, parce qu'elle doit son éclosion à un foyer tuberculeux bénin.

« Tout hantés que soient les strumeux par le tubercule, ils n'en sont et n'en restent pas moins scrofuleux ; pour faire nouveau commerce avec la tuberculose, les écrouelleux ne se retirent pas, pour celà, des affaires scrofuleuses ; ils mènent, au contraire, si bien de front les affaires de la strume et de la tuberculose, qu'ils ne sont pas des tuberculeux vulgaires ; chez eux, le tubercule a des prises de possession, des manières d'évoluer

et de s'affirmer telles, que personne ne s'y trompe, et que tout médecin avisé trouve même, dans la personnalité strumeuse de ces néo-tuberculeux, autant d'enseignements pronostiques que d'indications thérapeutiques. » (Landouzy). (1).

Mais, que les manifestations locales disparaissent, que la guérison soit enfin obtenue, définitive, durable, si une poussée tuberculeuse s'observe, alors, du côté des poumons, cette nouvelle atteinte n'offre plus, dans sa marche, la bénignité relative de la phthisie scrofuleuse. Finot(2), qui avait déjà noté ce détail, l'expliquait en admettant que les suppurations prolongées avaient déterminé la mort du malade, et que la gravité de cette phthisie tardive n'était due qu'à l'état de faiblesse et de cachexie extrême qu'avaient amené les manifestations premières de la tuberculose.

Ce qu'il nous paraît plus simple d'admettre, c'est que la phthisie tardive des tuberculeux locaux n'est plus régie, comme la phthisie précoce, par une ou plusieurs manifestations strumeuses. Elle n'est plus une généralisation aux poumons d'une tuberculose bénigne ; c'est une seconde infection, qui n'a reçu aucune espèce d'atténuation, qui évolue, indépendante et pour son propre compte. Si le terme de phthisie scrofuleuse répond bien à la nature de la tuberculisation pulmonaire précoce, au contraire, la phthisie tardive n'a plus aucun rapport avec la scrofule ; elle subit en phthisie vulgaire son évolution banale, avec son cortège de symptômes au grand complet et sa gravité native. Elle ne mérite donc

(1) Landouzy. — Conférence clinique de la Charité. (1884)

(2) Finot. — Thèse de Paris, 1880.

pas le nom de phthisie scrofuleuse tardive, mais bien celui de : phthisie tardive des tuberculeux locaux.

On a cherché, enfin, à établir un parallèle entre la tuberculose et la syphilis, à rapprocher ces deux affections, à les identifier l'une à l'autre, et l'on a dit alors : de même qu'un syphilitique ne peut se réinfecter, de même un tuberculeux ne peut le devenir à nouveau.

Que la réinoculation de la syphilis ne puisse s'observer, le fait est possible ; mais, n'oublions pas que cette opinion n'est pas démontrée pour tous les auteurs, et que certains affirment, au contraire, avoir vu se produire une seconde atteinte.

De plus, les ressemblances, surtout morphologiques, qui unissent ces deux affections ne suffisent pas à prouver que les allures de l'une soient exactement calquées sur celles de l'autre.

La marche nécessaire des trois périodes de la vérole n'a pas son équivalent dans la tuberculose, et, si le syphilitique assiste invariablement à l'évolution successive du chancre, des plaques muqueuses et des accidents tertiaires (à moins que ces derniers ne viennent à faire défaut), il en est tout autrement du phymique dont les lésions peuvent se porter d'emblée sur le poulmon ou sur un point quelconque de l'économie, et progressent, dans tous les cas, sans suivre le moins du monde, une marche régulière.

Quelle que soit l'opinion que l'on ait de la réinfection en matière de syphilis, on est loin d'être autorisé à en tirer un argument contre la réinoculation tuberculeuse, qui nous paraît, au contraire, être bien démontrée.

On peut donc devenir tuberculeux deux fois ; on peut sortir guéri d'une première atteinte et être emporté, dans la suite, par une phthisie pulmonaire : l'expérimentation et la clinique permettent de l'affirmer.

Il n'est pas jusqu'à la mort de ce grand savant, qui a fait faire un si grand pas à l'art de la médecine et à la question de la tuberculose elle-même, qui ne puisse fournir un dernier exemple de réinoculation tuberculeuse :

Laënnec, sectionnant un jour une colonne vertébrale de tuberculeux, se fit, à la main, une légère excoriation. Quelques jours après, il vit se produire, au niveau de la blessure, une tuméfaction assez prononcée, d'où s'échappa une petite masse presque jaunâtre, semblable à de la matière caséeuse. La plaie guérit rapidement et, vingt ans après, Laënnec racontait qu'il n'avait jamais ressenti aucune suite de cet accident. Laënnec mourut phthisique.

TROISIÈME PARTIE

DÉDUCTIONS, PRONOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, VACCINATION ANTI-TUBERCULEUSE.

Que la tuberculose soit une affection curable, c'est un fait qui n'est plus, aujourd'hui, révoqué en doute par personne. Tous les auteurs s'accordent à dire que les lésions chirurgicales de cet ordre sont susceptibles de guérison. Les travaux anatomo-pathologiques de Grancher, de Charcot et de Thaon (1), et les recherches cliniques de Jaccoud, de Peter et de Guéneau de Mussy, montrent qu'il en est absolument de même pour les lésions pulmonaires, que la phthisie est curable dans ses trois périodes. Bien plus, Jaccoud va jusqu'à prétendre que la formation de cavernes est quelquefois indispensable à la guérison de la lésion.

Il ne faut pourtant pas se dissimuler que la tuberculose est une maladie d'une gravité extrême, et que les cas de guérison sont l'infime minorité, surtout dans les dernières périodes de l'affection.

Toutefois, on doit toujours espérer sauver un tuberculeux. Mais si la guérison est obtenue, aurons-nous

(1) Thaon. — Th. de Paris, 1873.

l'espoir qu'elle sera durable ? Hélas, non. Nous devons nous rappeler constamment qu'une récidive peut se produire, qu'une réinoculation peut se faire, alors même que toutes les apparences de la santé sont revenues depuis de longues années. Nous nous souviendrons surtout que la phthisie scrofuleuse tardive, qui apparaît alors que tout phénomène morbide a complètement disparu, est souvent d'un pronostic fatal.

Admettre qu'une atteinte de tuberculose confère désormais l'immunité pour cette affection, c'est là une opinion qui est grosse de conséquences funestes. Elle aboutit, en effet, à laisser vivre de la vie commune, sans précautions, sans soins préventifs, des malheureux persuadés que leur maladie est à jamais terminée, et que tout traitement devient, dès lors, inutile. Que de déboires, que de mécomptes elle aurait à subir ! Quelle déception quand, après une guérison de dix, de vingt, de trente ans même, brusquement la mort survient à la suite d'une maladie de quelques semaines !

Non, le rôle du médecin n'est pas terminé alors que toute manifestation locale a cessé ; plus que jamais, peut-être, le traitement est nécessaire. C'est surtout au traitement prophylactique que l'on aura recours dans le cas présent. Ce qu'il importe, en effet, au premier chef, c'est de mettre le malade à l'abri de toute nouvelle cause de contagion, et de le fortifier, ensuite, pour lui permettre d'offrir plus de résistance au germe tuberculeux.

Il faut d'abord soumettre l'ancien bacillaire à la « vie naturelle » comme dit Peter ; loin de l'atmosphère impure des villes, de ce que Mack-Cormak appelle l'*air*

prérespiré et Peter l'*air ruminé*. Rien de plus funeste, en effet, pour un organisme susceptible, que ces émanations poussiéreuses, ces odeurs de tous genres qui infectent l'air de nos cités : « Donnez-moi une grande ville avec son hygiène dépravée, disait Peter, et je vous rendrai une population de tuberculeux. »

Vivre au grand air a, de plus, un avantage appréciable : c'est l'éloignement de toute agglomération. Quelle cause énorme de contagion que ces assemblages d'hommes dans les ateliers, les prisons, les casernes, les hôpitaux ! Il ne se passe pas de jour que l'on n'entende, dans les cliniques, répéter à un tuberculeux : « Retournez chez vous ; l'air de l'hôpital ne vous vaut rien. »

Le malade se soumettra ensuite aux règles de l'hygiène la plus rigoureuse, que nous ne faisons qu'indiquer : il évitera le froid humide et prolongé. Si les exercices donnent des résultats excellents, qu'il n'oublie pas que les fatigues sont une cause profonde de débilitation.

Nous n'avons pas à prendre parti pour les climats de montagne ou pour les stations maritimes. Il nous paraît, cependant, que la température à peu près égale et l'atmosphère excitante des bords de la mer, rempliraient mieux l'indication, pour le cas qui nous occupe, que l'air des hauts plateaux. Car, ce n'est pas une guérison que nous cherchons : elle est effectuée ; c'est une action à la fois prophylactique et tonique.

Le régime alimentaire complètera le traitement. Il doit être, surtout, fortifiant et consister en viandes peu cuites et en vins généreux, sans cependant pousser l'usage des alcools jusqu'à l'abus.

Le traitement sera long, il est vrai ; et, comme dit Landouzy (1) : « Il ne s'agit pas, en matière de tuberculose de compter par semaines ni par mois, il faut compter par années. » Mais, c'est là la seule espérance que nous ayons, de pouvoir éviter à notre malade le danger d'une nouvelle atteinte. Puisque la récurrence est possible, il faut que nous la prévoyions et que nous cherchions à la prévenir par tous les moyens qui sont en notre pouvoir.

Arrivera-t-on, par un traitement approprié, par une hygiène bien entendue, à enrayer, à coup sûr, une seconde atteinte de tuberculose ?

Il serait téméraire de l'affirmer, pour le moment du moins. Mais il est une méthode, née d'hier, qui, basée sur l'observation expérimentale, fait entrevoir, dans un avenir plus ou moins rapproché, un remède sérieux contre l'affection tuberculeuse : nous voulons parler de la vaccination. Il est temps, maintenant, de reprendre cette question, dont nous avons commencé l'étude dans un chapitre précédent.

Les expériences entreprises en vue d'établir, par une vaccination préventive, l'impossibilité, pour un organisme quelconque, de contracter la tuberculose, n'ont pas donné, dès le début, des résultats bien brillants. Nous avons appris, au contraire, que l'inoculation de produits tuberculeux atténués n'a aucune influence salutaire sur les animaux qu'elle prédisposerait même à présenter, secondairement, des symptômes plus graves.

(1) Landouzy, *Rev. de Méd.*, 1890.

Cela n'infirmes en rien la possibilité d'une vaccination antituberculeuse. Il faut, en effet, dans les produits caséux inoculés, considérer deux sortes de substances : les unes empêchantes, les autres favorisantes. Par l'inoculation des premières, il est permis d'espérer que l'immunité sera créée ; si au contraire on inocule les secondes, on détermine un terrain plus favorable à l'éclosion du germe.

Dans quelles proportions ces deux ordres de substances sont-elles réparties dans les produits tuberculeux ? On l'ignore encore ; toujours est-il que les favorisantes paraissent y être en plus grand nombre, puisque l'inoculation de la masse caséuse totale produit plutôt des désordres qu'un semblant d'immunité.

Que l'on arrive, par un procédé quelconque, à faire un choix, à déterminer exactement ce qui favorise et ce qui empêche, et la vaccination antituberculeuse est trouvée.

Ce ne sont pas là de simples vues de l'esprit, de pures banalités théoriques ; depuis le travail de Marfan la question des vaccinations a fait un grand pas, et les résultats que nous allons analyser parlent hautement en sa faveur.

Trois méthodes ont été, jusqu'à ce jour, employées pour arriver à la vaccination antituberculeuse :

La première repose sur les inoculations de produits tuberculeux de virulence croissante ou décroissante, selon le procédé de Pasteur.

La seconde consiste à inoculer des bacilles morts ; la troisième, à inoculer des cultures pures filtrées.

Sans parler des recherches de Daremberg (1), qui se servait de moëlle d'animaux tuberculeux d'ancienneté décroissante, et qui arrive, en somme, à des résultats négatifs comme les expérimentateurs qui l'ont précédé, c'est un italien, Vittorio Cavagnis qui semble avoir eu le premier quelques faits concluants par l'inoculation, à des animaux, de crachats tuberculeux traités par des solutions phéniquées de plus en plus fortes (2).

Ces expériences ne firent pas grand bruit, et la question ne prend corps, véritablement, qu'avec les résultats publiés par Koch, en 1890. La tuberculine était, pour cet auteur, le remède héroïque cherché depuis si longtemps. Ce remède excita tout d'abord un enthousiasme extraordinaire ; malheureusement son action n'a généralement pas été reconnue utile et, à l'heure actuelle, ce mode de traitement est à peu près abandonné par tous.

Cependant l'expérimentation continue son œuvre : Grancher et Martin (3) reviennent aux inoculations de cultures atténuées, en ne les injectant, toutefois, qu'après les avoir laissé vieillir un temps plus ou moins long dans des tubes clos conservés dans des boîtes fermées. Les lapins ainsi inoculés ont, quelquefois, joui de l'immunité complète.

Mais les substances favorisantes sont encore en trop grand nombre pour qu'il soit permis aux substances empêchantes de manifester leurs effets. « Le virus tuberculeux atténué employé comme vaccin, contient

(1) Daremberg. — Bullet. Acad. de Méd. 1883.

(2) Cavagnis. — Compt. rend. Acad. des Scienc., Paris, 1886.

(3) Grancher et Martin. — Mercredi Médical, juillet 1891.

vraisemblablement, une substance vaccinale et une substance toxique ; celle-ci serait la cause des néphrites si fréquentes chez les animaux en expérience ; celle-là produirait, par un mécanisme que nous ignorons, une immunité plus ou moins prolongée, plus ou moins parfaite, selon les circonstances. »

Du reste, le départ entre ces deux ordres de substances est sur le point de se faire. Au mois de novembre dernier, en effet, viennent de paraître deux travaux qui, loin de se ressembler, se complètent, au contraire :

Courmont et Dor (1) établissent que le bacille tuberculeux fabrique des substances solubles qui ont une action vaccinnante incontestable. Straus et Gamaléia (2) démontrent, en même temps, que le cadavre du même bacille détermine, chez l'animal inoculé, une tuberculose locale, sans tendance à la généralisation. Mais, quoique les manifestations générales fassent défaut, « l'influence profonde exercée sur les animaux par l'introduction de bacilles morts n'en persiste pas moins ; elle se révèle par la susceptibilité extrême que présentent ces animaux, sains en apparence, à l'égard d'une nouvelle introduction de bacilles tuberculeux. »

La conclusion de ces recherches est celle-ci : les bacilles morts doivent compter au nombre des substances favorisantes « qui exercent une action délétère énergique », les substances solubles sécrétées par le même microbe, sont, au contraire, empêchantes.

(1) Courmont et Dor. — Arch. de Méd. Exper., nov, 1891.

(2) Straus et Gamaléia. — Arch. de Méd. Exper., nov 1891.

Enfin, il y a quelques jours à peine, MM. de Héricourt et Ch. Richet (1) communiquent à la Société de Biologie, les résultats de nouvelles expériences entreprises sur des singes. L'inoculation, à ces animaux, de 1 centimètre cube de culture du bacille aviaire détermine, chez eux, la formation d'abcès qui disparaissent sans laisser de traces six mois après. Ces mêmes animaux reçoivent alors, sous la peau de l'abdomen, mais dans un point éloigné du premier, 1 centimètre cube d'une dilution, dans le bouillon, d'une culture de bacille tuberculeux humain. En même temps est inoculé un singe témoin en parfaite santé. Or, celui-ci meurt un mois après, les deux autres survivent encore le cinquante-deuxième jour.

La survie se maintiendra-t-elle, l'animal ne présentera-t-il aucune réaction sous l'influence de la seconde inoculation, nous le saurons plus tard. Ce qui est incontestable, c'est que la tuberculose aviaire semble avoir agi favorablement dans ces deux cas.

Quoiqu'il en soit, les progrès faits dans cette voie s'accroissent de jour en jour; et, malgré la difficulté de la question, il est permis d'espérer que le vaccin sera enfin trouvé. Peut-être, bientôt, en sera-t-il de la tuberculose comme il en est, aujourd'hui, de la variole, de la rage, du charbon symptomatique, du choléra des poules.

C'est une erreur de prétendre qu'une tuberculose locale guérie confère l'immunité pour la phthisie pulmonaire; mais, cette erreur renferme, il faut le recon-

(1) De Héricourt et Ch. Richet. *Compt. rend. Soc. de Biol.* déc. 1891.

naître, une part de vérité, qui sera mise en lumière le jour où l'immunité sera enfin obtenue, grâce à la guérison d'une tuberculose locale spéciale, déterminée artificiellement par une inoculation préventive de substances uniquement empêchantes.

CONCLUSIONS

I. — La phthisie pulmonaire peut survenir, à la suite d'une tuberculose locale, par généralisation ou par infection secondaire.

II. — La réinoculation possible de la tuberculose est démontrée par les faits expérimentaux et par l'observation clinique.

III. — La guérison d'une tuberculose locale ne confère pas l'immunité pour la phthisie pulmonaire.

IV. — La phthisie tardive des tuberculeux locaux diffère de la phthisie scrofuleuse précoce par sa nature, sa marche et sa gravité.

V. — Un malade guéri d'une première atteinte tuberculeuse devra toujours en redouter une seconde.

VI. — Le traitement des tuberculeux locaux ne devra donc pas se terminer dès que la manifestation tuberculeuse aura disparu.

Vu : le Président de la Thèse,
LÉPINE.

Vu : le Doyen,
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 9 janvier 1892.

Le Recteur,
EM. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARLOING. — Comptes rendus de l'Académie des sciences. 1885.
Id. — Journal de Médecine vétérinaire. Lyon, 1886.
- ARTICLE PHTHISIE, du dictionnaire de Dechambre.
— TUBERCULOSE, du dictionnaire de Jaccoud.
— SCROFULE, du dictionnaire de Dechambre.
- BAZIN. — Leçons sur la scrofule.
- BERNARD. — Thèse de Paris. 1875.
- BRISSAUD. — Archives de Médecine. 1880.
- CONGRÈS DE CHIRURGIE. Paris, 1889.
- COURMONT et DOR. — Archives de médecine expérimentale. Nov. 1891.
- FINOT. — Thèse de Paris. 1880.
- GRANCHER et MARTIN. — Mercredi Médical. Juillet 1891.
- GRISOLLE. — Traité de Pathologie interne.
- HÉRARD et CORNIL. — La Phthisie pulmonaire.
- HÉRICOURT (DE) et Ch. RICHET. — Comptes rendus de la Société de Biologie. Décembre 1891.
- JACCOUD. — Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire.
- JACCOUD. — Leçons de clinique.
- KAPOSI. — Maladies de la peau.
- KÖNIG DE GOTTINGEN. — 13^e Congrès des chirurgiens allemands.
- LANDOUZY. — Revue de Médecine. 1899.
- LEBERT. — Traité de la scrofule.
- MARFAN. — Archives de Médecine. 1886.
- NEUMAN. — Maladies de la peau.
- PAGET. — Leçons de clinique chirurgicale. 1877.
- PETER. — Leçons de clinique médicale.
- POTIN. — Thèse. Paris, 1879.
- QUINQUAUD. — Thèse d'agrégation. 1883.
- REGNARD. — Progrès Médical. 1879.
- RENOUARD. — Thèse de Paris. 1884.
- SÉE (G.). — Phthisie bacillaire des poumons.
- STRAUS et GAMALÉIA. — Archives de médecine expérimentale. Nov. 1891.
- VERNEUIL. — Communication à l'Association française pour l'avancement des sciences. Rouen, 1883.
- WOJTASIEWICZ. — Thèse de Paris. 1886.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	6
PREMIÈRE PARTIE	
CHAPITRE I. — Historique, théories diverses	8
CHAPITRE II. — Faits expérimentaux	16
DEUXIÈME PARTIE. — ETUDE CLINIQUE	
CHAPITRE I. — Evolution normale des tuberculoses locales (écrouelles, lupus), phthisie scrofuleuse précoce	28
CHAPITRE II. — Phthisie tardive des tuberculeux locaux, observa- tions	35
CHAPITRE III. — Essai d'interprétation des faits cliniques.....	63
TROISIÈME PARTIE	
Déductions pronostiques et thérapeutiques, vaccination antituber- culeuse	69
CONCLUSIONS.....	78
Index bibliographique	79
